



QUESTIONNAIRE 1^{ère} CONSULTATION ●

Chère Madame, cher Monsieur,

Je vous remercie de bien vouloir répondre aux questions ci-après avant votre première consultation. Ces informations seront utilisées lors de notre échange et resteront confidentielles au titre du secret professionnel.

Faisons connaissance ...

Date :

Nom	Prénom		
Adresse	CP		
Ville	Date de naissance		H / F
Téléphone journée	Téléphone mobile		
Profession			
Précédentes professions			
Loisirs / sport(s)			
Médecin traitant	Téléphone		
Spécialiste	Téléphone		
Thérapeute	Téléphone		

Qui vous a envoyé / conseillé ?

Quel est votre principal trouble ?

Quelles sont vos attentes vis à vis du traitement?

.....

.....

.....





QUESTIONNAIRE 1^{ère} CONSULTATION (suite) ●

> Quand et comment cela a commencé / s'est développé ?

> Quels sont les autres troubles ?

1. 3.

2. 4.

> Lorsque vous avez mal, décrivez votre douleur sur une échelle de 1 à 9 (entourez)

pique	1	2	3	4	5	6	7	8	9	+
brûle	1	2	3	4	5	6	7	8	9	+
cogne	1	2	3	4	5	6	7	8	9	+

tape	1	2	3	4	5	6	7	8	9	+
pince	1	2	3	4	5	6	7	8	9	+
lance	1	2	3	4	5	6	7	8	9	+

> Avez-vous décelé une régularité dans les troubles ?

> Quelles conditions vous apportent de l'amélioration ? (ex. chaud, froid, repos, position du corps, etc.)

> Et au contraire une dégradation ?

> Ressentez-vous des faiblesses passagères, des sensations d'engourdissement et/ou des picotements par endroits ? oui non

Si oui à quelle fréquence ?

> Cela vous fait-il mal lorsque vous tousssez, éternuez ou poussez ? oui non

> Y-a-t-il des moments de la journée où vous ressentez un manque d'énergie ? (cochez)

réveil matinée début ap-midi ap-midi soirée nuit

> Avez-vous des préférences ou des rejets pour les aliments et les boissons au goût acide, sucré, épicé ou amer ?

> Y-a-t-il des boissons que vous digérez mal ? oui non

> Ressentez-vous le besoin de manger sucré ? oui non

> Buvez-vous du café ? Si oui, combien de tasses par jour ?

> Fumez-vous ? Si oui, combien de cigarettes par jour ?

> Prenez-vous en ce moment des médicaments / des drogues / de l'alcool ?
Si oui, lesquels et à quelle fréquence ?





QUESTIONNAIRE 1^{ère} CONSULTATION (fin) ●

Historique des troubles / de votre santé

➤ Pourriez-vous décrire de façon chronologique :

👉 Quelles maladies, opérations, accidents, fractures, admissions à l'hôpital & traitements vous avez eu dans votre vie. Des troubles paraissant moins importants (ex. une entorse, des traitements dentaires, le retrait des amygdales et l'eczéma) peuvent cependant se révéler importants. Merci de décrire également les résultats des examens et tests, ainsi que les maladies infantiles que vous avez eues.

👉 Les grossesses éventuelles, leur déroulement et accouchement.

👉 Les périodes importantes de votre vie peuvent également avoir une influence (divorce, dépression, burn-out, décès de proches, fausse-couche , etc.)

Âge	maladie / trouble / grosses / développement / accouchement ...

➤ Y-a-t-il dans votre famille des maladies génétiques et / ou récurrentes ? (maladies du cœur, des vaisseaux, rhumatismes, diabète, cancer, maladie de la peau etc.)

mère
père
autres membres

➤ Avez-vous été, autre que signalé ci-dessus, en traitement chez un kiné, un chiropracteur ou une thérapeute alternatif (homéopathe, iridologue, acupuncteur ?
Si oui, avec quel(s) résultat(s) ?

➤ Quel(le) maladie ou événement a été la/le plus difficile à vivre ?

➤ Quel(le) maladie, accident, opération est survenu(e) en dernier avant que les troubles ne commencent ?

