



CABINET DE SOINS NATUROPATHIQUE

Vitalisme – Humorisme – Hygiénisme – Causalisme – Holisme

email : contact@mbooma.com / mbooma@gmail.com

Healthy Food, Proud Soul

RC/DLA/2022/B/4530 I

NIU: M082217556288A

Tel: +237 696 78 62 79

NOM:

PRENOM

PRENOM:

DATE DE NAISSANCE:

ADRESSE:

EMAIL:

TEL:

SITUATION FAMILIALE:	OUI	NON	COMBIEN	AGES	
Avez-vous des frères et sœurs?					
Avez-vous des enfants: age(s)?					
Célibataire					
En couple.					
Divorce					
Séparation					

ACTIVITE PROFESSIONNELLE:	
ETUDES	
RETRAITE	

LOISIRS / ACTIVITE PHYSIQUE:	

MOTIF DE LA VISITE:	

	OUI	NON	lesquels?	Combien?
Etes-vous VACCINE(E)?				
Avez-vous des AMALGAMES DENTAIRES?				
Etes-vous FUMEUR?				
Etes-vous ou avez-vous été exposé(e) à des polluants, produits toxiques dans votre profession ou votre environnement?				

Voici un questionnaire permettant de préparer notre première consultation. Pour répondre aux questions, vous cocher la case correspondante à la réponse ou laisser vide ce qui ne vous concerne pas, compléter et ajouter des remarques.

A retourner svp, au plus tard, l'avant-veille du rendez-vous. Je vous remercie pour votre coopération.

	OUI	NON	LESQUELS ?	COMBIEN ?
Avez-vous subi une ou plusieurs INTERVENTIONS CHIRURGICALES?				
Pour quelle(s) raison(s)?				
ANESTHESIES:	générale(s)		locale(s).	

SUIVI ET ANTECEDENTS MEDICAUX:	<u>PASSEES</u>	<u>ACTUELLES</u>	<u>EN COURS:</u>
(CONTRACEPTIF COMPRIS)			
<u>Pathologies</u>			
<u>Traitements</u>			
ANTECEDENTS FAMILIAUX:			
Cholestérol,			
Hypertension			
Diabète			
AVC			
Cancers			
Maladies auto-immunes			
Maladies neuro-dégénératives			
Dérèglement thyroïdien			
Père			
Mère			
Sœur			
Grand-père paternel			
Grand-mère paternelle			
Grand Père Maternelle			
Grand-mère Maternelle			
Frère			

VOTRE NAISSANCE?	OUI	NON	DETAILS			
Voie naturelle						
Césarienne						
Forceps						
Cordon autour du cou...						
Autre(s)						
Complication(s):						
Avez-vous été allaité(e)?						
VOTRE DIGESTION...	OUI	NON	DETAILS			
Grignotez-vous?						
Sucre						
Sale						
Amère						
Acide						
Pensez-vous à bien mastiquer les aliments?						
VOS DENTS SONT-ELLES?	OUI	NON	DETAILS			
Sensibles						
Fragiles						
Cariées						
RAS						
VOS GENCIVES, SONT-ELLES..?	OUI	NON	DETAILS			
Douloureuses						
Saignantes						
RAS.						
Avez-vous des aphtes						
VOTRE DIGESTION, EST-ELLE..?	OUI	NON	DETAILS			
Bonne						
Lente						
Douloureuse						
Avec ballonnements						
Gaz						
Acidité						
Lourdeur						
Remontées acides						
RAS						
VOTRE TRANSIT:	OUI	NON	DETAILS			
Votre transit est-il régulier?						
Constipation						
Diarrhées						
Alternances.						
En dehors de la digestion avez-vous des..?	douleurs		spasmes	brûlures	Remontées acides	RA S.

VOTRE CIRCULATION...	OUI	NON	DETAILS
Avez-vous les jambes lourdes?			
Qui gonflent?			
Avez-vous des vaisseaux apparents?			
Des varices			
Avez-vous des hémorroïdes?			
Des démangeaisons?			
Etes-vous frileux(se)?			
Avez-vous les extrémités froides(doigts, pieds, nez)?			
Quelles est votre tension artérielle en règle générale?			
Souffrez-vous de: migraines			
Céphalées.			
Quelle fréquence?			
Avez-vous des troubles de l'attention			
Concentration?			
Avez-vous des troubles de la mémoire?			
VOTRE SOMMEIL...	OUI	NON	DETAILS
Considérez-vous que votre sommeil soit récupérateur?			
Faites-vous de l'insomnie?			
Vous endormez-vous facilement?			
Vous réveillez-vous la nuit? Si oui, à quelle heure?			
Combien d'heures en moyenne dormez-vous la nuit?			
Heure du coucher:			
Heure du réveil:			
Grincez-vous des dents?			
Ronflez-vous?			
LE MATIN:	OUI	NON	DETAILS
Vous vous sentez:			
Plein(e) d'énergie			
Fatigué(e).			
Vous vous considérez:			
Du matin			
Du "soir".			

VOTRE PEAU...	OUI	NON	DETAILS
Avez-vous une peau?			
Grasse			
Sèche			
Qui tiraille			
Avez-vous? Acné			
Qui démange			
Sensible			
Eczéma			
Psoriasis			
Verrues			
Mycoses			
RAS			
CHEVEUX et Cuir chevelu:	OUI	NON	DETAILS
Secs			
Gras			
Pellicules			
Plaques			
Démangeaisons			
Chute			
Vigoureux			
Brillants			
ONGLES:	OUI	NON	DETAILS
Durs			
Cassants			
Mous			
Striés			
Dédoublés			
Bombés			
Taches blanches.			
NEZ, GORGE, OREILLES, BRONCHES	OUI	NON	A QUELLE FREQUENCE?
Avez-vous des problèmes infectieux ?			
Angines			
Rhumes			
Sinusites			
Otites			
Bronchites			
Trachéites			
Ras			
Autres:			
Souffrez-vous d'allergies saisonnières?			
Etes-vous encombre(e) de glaires ou mucosités?			
Si oui: arrière-gorge			
Nez			
Sinus			
Bronches.			

Etes-vous asthmatique?			
------------------------	--	--	--

VOTRE SYSTEME OSTEO ARTICULAIRE...	OUI	NON	DETAILS
Avez-vous des douleurs au niveau?			
Musculaire			
Articulaire			
Osseux			
Tendineux			
Ras			
Avez-vous eu?			
Fracture(s)			
Entorse(s)			
Foulure(s)/			
Claquage(s)			
Elongation			
Tendinites			
RAS.			
Vos mouvements sont-ils limités?			
Souffrez-vous de raideur matinale?			
Avez-vous des crampes?			
VOTRE DOS... Avez-vous?	OUI	NON	DETAILS
Scoliose			
Cyphose			
Lordose			
RAS.			
Douleurs			
Tensions			
RAIDEURS, AU NIVEAU: CERVICAL	OUI	NON	DETAILS
Nuque			
Trapèzes			
Epaules			
Omoplates			
Dorsal			
Lombaire			
Sacrum			
RAS.			
AU NIVEAU URINAIRE...	OUI	NON	DETAILS
Vous souffrez d'infections urinaires ou cystites:			
MESSIEURS...			
Avez-vous une envie d'uriner fréquente?			
Votre libido est-elle satisfaisante?			

MESDAMES...		OUI	NON	DETAILS																			
Votre cycle est-il réguliers																							
Vos règles sont-elles abondantes?																							
Douleuruses?																							
Souffrez-vous de syndrome prémenstruel?																							
Quels troubles?																							
Douleurs bas-ventre																							
Lombaires																							
Seins																							
Dépressions																							
Irritabilité																							
Migraine																							
Autres:																							
Avez-vous été enceinte?																							
ACCOUCHEMENT:		OUI	NON	DETAILS																			
Naturel																							
Césarienne																							
Episiotomie																							
Si complication, laquelle?																							
Etes-vous en pré-ménopause?																							
En ménopause?																							
Si oui: artificielle																							
Naturelle																							
Si oui, quels sont les troubles ou inconforts?																							
Bouffées de chaleur																							
Sècheresse vaginale																							
Irritabilité																							
Anxiété																							
Angoisse																							
Insomnie																							
Vertiges																							
Fatigue																							
Troubles sexuels																							
Autres:																							
Souffrez-vous de mycoses vaginales?																							
Autres infections gynécologiques?																							
Votre libido est-elle satisfaisante?																							
HUMEURS ET CARACTERE...		Comment vous caractérisez-vous ?																					
Anxieux		Calme		Serein		Optimiste		Pessimiste		Nerveux		Déprimé		Epuisé		Triste		Timide		Rieur		Impatient	
Oui	non	Oui	non	Oui	non	Oui	non	Oui	non	Oui	non	Oui	non	Oui	non	Oui	non	Oui	non	Oui	non	Oui	non
Extraver ti		Stress é		Joyeux		Introvert i		Fatigué		Sous pression		Bon vivant		Réservé		Maniaque		irritable		Autres:			
Oui	non	Oui	non	Oui	non	Oui	non	Oui	non	Oui	non	Oui	non	Oui	non	Oui	non	Oui	non	Oui	non		

PARAMETRES CLINIQUES	OUI	NON	TAUX	OBSERVATIONS
TA (tension Artérielle)				
Diabète				
Cholestérols				
Testostérone				
ECBU :				
NFS :				
AVC				
Si oui depuis quand?				
Croyantes pieuse ?				
Douleurs pendant rapports?				
Douleurs après rapports?				
Démangeaisons ou allergies?				
Fausse couche				
couleur du sang				
Autres:				
Prise de médicaments excitants?				

Le consulté

Le consultant