

FICHE D'IDENTIFICATION DU CONSULTANT

Confidentiel — à usage exclusif du praticien

N° de dossier		Date de la première consultation	
Praticien référent		Type de consultation	

1. IDENTITÉ DU CONSULTANT

Nom		Prénom(s)	
Date de naissance		Lieu de naissance	
Sexe		Situation matrimoniale	
Nationalité		Ethnie / région d'origine	
Profession		Religion / croyance	
Adresse complète			
Téléphone		WhatsApp	
E-mail			
Personne à contacter en cas d'urgence (nom, lien, tél.)			

2. CONTEXTE FAMILIAL ET LIGNAGE (PSYCHOGENÉALOGIE)

Ces informations permettent de reconstituer l'arbre généalogique et d'identifier les répétitions, secrets ou loyautés transgénérationnelles.

Nom du père		Statut (vivant / décédé)	
Nom de la mère		Statut (vivant / décédé)	
Fratrie (rang de naissance, nombre de frères et sœurs)			
Village / concession d'origine paternelle			
Village / concession d'origine maternelle			
Événements marquants connus dans la lignée (deuils précoces, divorces, migrations, maladies récurrentes, conflits fonciers, polygamie...)			
Rites, interdits ou bénédictions particuliers connus de la famille			

3. MOTIF DE CONSULTATION

☐ Psychogénéalogie ☐ Naturopathie africaine ☐ Soins énergétiques / karmiques ☐ Accompagnement 3 séances

Description de la demande (par le consultant) :

4. HISTORIQUE DE SANTÉ

Antécédents médicaux personnels	
Antécédents médicaux familiaux	
Traitements en cours (allopathiques, phytothérapiques...)	
Allergies / intolérances connues	
Suivi médical actuel (médecin traitant, spécialiste)	

Rappel : le praticien n'est pas médecin et ne se substitue en aucun cas au diagnostic, à la prescription ou au suivi clinique d'un professionnel de santé.

5. HYGIÈNE DE VIE

Alimentation (habitudes, régime particulier)	
Sommeil (qualité, durée moyenne)	
Activité physique	
Consommation (tabac, alcool, autres)	
Niveau de stress perçu (1 à 10)	

6. DIMENSION ÉNERGÉTIQUE ET SPIRITUELLE

Sensations, blocages ou symptômes énergétiques ressentis	
Pratiques spirituelles ou rituelles suivies	
Objets, lieux ou événements ressentis comme chargés	

7. CONSENTEMENT ET CONFIDENTIALITÉ

Je soussigné(e) _____ certifie l'exactitude des informations renseignées ci-dessus et autorise Mbooma Care à les conserver dans le cadre exclusif de mon suivi.

Je reconnais avoir été informé(e) que les soins proposés (psychogénéalogie, naturopathie africaine, soins énergétiques) relèvent d'un accompagnement holistique et complémentaire, et ne remplacent pas un avis médical.

☐ J'autorise l'utilisation anonymisée de mon témoignage à des fins pédagogiques ☐ Je refuse

Fait à		le	
Signature consultant du		Signature praticien du	