



Date : _____

Nom : _____

Date de naissance : ____/____/____ (jour/mois/année)

Adresse : _____

Téléphone : _____

Courriel : _____

Taille : _____ Poids : _____

Référé par : _____

Raison de la consultation :

Trame de consultation : Bilan de vitalité

Situation familiale

Célibataire ____ Marié(e) ____ Conjoint(e) de fait ____ Veuf(ve) ____

Enfant(s) : Oui ____ Non ____

Fille : ____ (nombre) Âge : ____ Âge : ____ Âge : ____

Garçon : ____ (nombre) Âge : ____ Âge : ____ Âge : ____

Situation professionnelle

Étudiant(e) ____ Temps plein ____ Temps partiel ____

Retraité(e) ____

Salarié(e) ____ Temps plein ____ Temps partiel ____

Domaine d'activité : _____ Poste occupé : _____

Relations au travail : Bonne ____ Moyenne ____ Médiocre ____

Conditions de travail :

Assis ____ Debout ____ Jour ____ Nuit ____

Déplacements professionnels : Oui ____ Non ____

Durée du trajet (aller-retour) : _____

Assurance-emploi ____

Arrêt pour maladie ____

Situations conflictuelles : Oui ____ Non ____

Réorientation professionnelle : Oui ____ Non ____

Autres :

Antécédents personnels

Âge

Interventions chirurgicales		
Antécédents médicaux		
Grossesse / accouchement		
Maladies infantiles		
Fractures / tendons / ligaments		
Allergies		

Intolérances alimentaires : Oui ____ Non ____

Si oui, lesquelles :

Nom du médecin traitant : _____

Suivi par un professionnel de la santé ou un thérapeute : Oui ____ Non ____

Antécédents familiaux :

Hygiène de vie

Activité physique : Oui ____ Non ____ Fréquence : _____

Autres passe-temps :

Habitation

Ville ____ Campagne ____ Appartement ____ Étage ____

Vous êtes bien dans votre habitation? : Oui ____ Non ____

Depuis combien de temps : _____

Éléments à signaler (champs / pesticides, antennes, éoliennes, pollutions sonores) :

Sommeil

Heure du lever : _____ Heure du coucher : _____

Qualité du sommeil : _____

Réveils nocturnes : Oui _____ Non _____ Si oui, combien de fois : _____

Insomnie : Oui _____ Non _____

État du réveil

Difficulté d'endormissement : Oui _____ Non _____

Apnée du sommeil : Oui _____ Non _____

État de fatigue estimé : 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Difficulté à sortir du lit : 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Hydratation

Type d'eau : _____

Nombre de litres d'eau consommés par jour : _____

Diététique des dernières 24 heures : _____

Attirance :

Sucrée : Oui _____ Non _____ Salée : Oui _____ Non _____

Combien de temps pour manger : _____

Digestif

Fréquence des selles : _____

Bien moulées : Oui _____ Non _____

Flottantes / grasses : Oui _____ Non _____

Couleur : Marron clair _____ Marron foncé _____ Jaune-noire _____

Estomac : acidité gastrique : Oui _____ Non _____

Intestins : Ballonnements _____ Douleurs abdominales _____

Éructations _____ Flatulences _____

Foie : Lourdeur _____

Somnolence après avoir mangé _____

Nausée _____

Maux de tête _____

Digestif (suite)

Marque des dents _____

Langue _____

Haleine chargée _____

Cernes _____

Teint : Chargé _____ Brouillé _____

Problèmes de peau

Eczéma _____ Psoriasis _____ Autres : _____

Type de peau (grasse, sèche) : _____

Transpiration abondante : Oui _____ Non _____

Perte de cheveux _____

Autres :

Urinaire

Miction : Fréquence _____

Quantité : _____

Rapide : Oui _____ Non _____

Couleur : Claire _____ Foncée _____ Trouble _____

Odeur particulière : Oui _____ Non _____

Douleur à la miction : Oui _____ Non _____

Effort à la miction : Oui _____ Non _____

Levée nocturne : Oui _____ Non _____ Si oui, combien de fois : _____

Infections urinaires : Oui _____ Non _____

Incontinence : Oui _____ Non _____

Trouble

Vasculaire : Oui _____ Non _____

Extrémités froides : Oui _____ Non _____

Varices : Oui _____ Non _____

Jambes lourdes : Oui _____ Non _____

Œdème | Rétention d'eau : Oui _____ Non _____

Mucus | Toux : Oui _____ Non _____

Tabac : Oui _____ Non _____

Drogues : Oui _____ Non _____ Si oui, lesquelles : _____

Exposition professionnelle à des polluants volatiles : Oui _____ Non _____

Respiration : Courte _____ Profonde _____ Lente _____

Ostéoarticulaire | Musculaire : Oui _____ Non _____

Arthrose : Oui _____ Non _____

Ostéoporose : Oui _____ Non _____

Douleurs ligamentaires | Tendineuses : Oui _____ Non _____

Douleurs musculaires : Oui _____ Non _____

Crampes : Oui _____ Non _____ Si oui, quand : _____

Autres :

Systeme nerveux | Émotionnel

Stress chronique : Oui _____ Non _____

Troubles de mémoire: Oui _____ Non _____

Difficulté à trouver ses mots : Oui _____ Non _____

Motifs de stress : _____

État d'esprit | Ressenti : _____

Angoisse : Oui _____ Non _____ Anxiété (crises d'angoisse) : Oui _____ Non _____

Trouble de concentration : Oui _____ Non _____

Maux de tête : Oui _____ Non _____

Si oui, le type : _____ Fréquence : _____ Durée : _____

Systeme immunitaire

Naissance : Césarienne : Oui _____ Non _____

Allaitement : Oui _____ Non _____ Si oui, la durée : _____

Maladies auto-immunes : Oui _____ Non _____

Allergies : Oui _____ Non _____ Si oui, lesquelles : _____

Virus connus (ex. : herpes) : Oui _____ Non _____ Si oui, lequel : _____

Systeme hormonal : Oui _____ Non _____

Fatigue des surrénales : Oui _____ Non _____ Thyroïde : Oui _____ Non _____

Féminin

Contraception : Oui _____ Non _____ Si oui, laquelle : _____

Ménopause : Oui _____ Non _____

Régularité du cycle hormonal : _____

Règles : Abondantes _____ Moyennes _____ Faibles _____

Pertes vaginales : Oui _____ Non _____

Syndromes prémenstruels : Oui _____ Non _____

Si oui, le type : _____

Symptômes : _____

Régulier _____ Irrégulier _____

Autres : _____

