

Anamnèse en naturopathie · Première consultation

Ce questionnaire prépare votre première consultation de naturopathie. Il reprend votre demande, votre santé et votre hygiène de vie. Répondez librement : aucune question n'est obligatoire. Ce que vous préférez dire de vive voix pourra l'être pendant la séance.

Nom et prénom : _____

Date : ____ / ____ / ____

Votre demande

1. Qu'est-ce qui vous amène à consulter ?

2. Depuis quand ces difficultés sont-elles présentes ?

3. Qu'attendez-vous de cet accompagnement ?

4. Avez-vous déjà consulté un naturopathe ?

☐ Oui ☐ Non

Votre santé et vos antécédents

5. Avez-vous des problèmes de santé connus ?

Maladies, interventions chirurgicales, hospitalisations, actuelles ou passées.

6. Suivez-vous un traitement médical ?

Nom et dose des médicaments, si vous les connaissez.

7. Prenez-vous des compléments alimentaires, des plantes ou des huiles essentielles ?

8. Avez-vous des allergies ou des intolérances connues ?

9. Y a-t-il des problèmes de santé fréquents dans votre famille ?

Chez vos parents, vos frères et vos sœurs.

10. Êtes-vous suivi(e) par un médecin traitant ?

☐ Oui ☐ Non

Votre alimentation

11. Combien de repas prenez-vous par jour ?

☐ Un ☐ Deux ☐ Trois ☐ Plus de trois

12. Décrivez une journée type d'alimentation.

Petit-déjeuner, déjeuner, dîner et collations.

13. Que buvez-vous au quotidien, et en quelle quantité ?

Eau, café, thé, boissons sucrées, alcool.

14. Suivez-vous une alimentation particulière ?

☐ Non ☐ Végétarienne ☐ Végétalienne ☐ Sans gluten

☐ Sans lactose ☐ Autre (plusieurs choix)

15. Avez-vous des envies ou des aversions alimentaires marquées ?

Votre digestion

16. Comment qualifieriez-vous votre digestion ?

☐ Bonne ☐ Parfois difficile ☐ Souvent difficile

17. Ressentez-vous l'une de ces gênes ?

☐ Ballonnements ☐ Brûlures ☐ Remontées acides

☐ Nausées ☐ Aucune (plusieurs choix)

18. Comment décririez-vous votre transit ?

☐ Régulier ☐ Plutôt lent ☐ Plutôt rapide ☐ Irrégulier

Votre sommeil et votre énergie

19. À quelle heure vous couchez-vous et vous levez-vous, en général ?

20. Comment jugez-vous la qualité de votre sommeil ?

0 : très mauvaise · 10 : excellente

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

21. À quel moment de la journée êtes-vous le plus fatigué(e) ?

☐ Au réveil ☐ En fin de matinée ☐ Après le déjeuner

☐ En fin d'après-midi ☐ Le soir ☐ Toute la journée

☐ Pas de fatigue particulière

22. Comment évaluez-vous votre énergie habituelle ?

0 : très faible · 10 : excellente

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

Votre stress et vos émotions

23. Comment évaluez-vous votre niveau de stress actuel ?

0 : aucun stress · 10 : stress extrême

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

24. Qu'est-ce qui vous aide à vous détendre ?

Votre activité et votre mode de vie

25. Pratiquez-vous une activité physique ?

Laquelle, combien de fois par semaine.

26. Combien d'heures passez-vous assis(e) par jour ?

h

27. Fumez-vous ?

☐ Non ☐ Oui ☐ J'ai arrêté

28. Votre profession et votre rythme de travail

Si vous êtes une femme

29. Votre cycle est-il régulier ?

☐ Oui ☐ Non ☐ Je suis ménopausée ☐ Non concernée

30. Êtes-vous enceinte ou allaitez-vous ?

☐ Non ☐ Je suis enceinte ☐ J'allaité ☐ Non concernée

Pour finir

31. Souhaitez-vous ajouter quelque chose avant notre rendez-vous ?
