|  |
| --- |
| **BILAN VITAL Date :**  |

**Nom** : **Prénom** : âge - Date de naissance :

Adresse :

 : E-Mail :

Comment m’avez-vous-connu ?

***INFORMATIONS STRICTEMENT CONFIDENTIELLES***

**Objectif(s) par ordre de priorité:**

Profession : Epanouissement prof ?:

Durée trajet A/R : Vacances régulières :

Activités corporelles régulières / Loisirs : H / sem :

Loisirs : H / sem :

Situation familiale : Enfants : Ages :

Si vous avez un enfant, comment s’est passé l’accouchement ? Ce

**SUIVI THERAPEUTIQUE ET ANTECEDANTS PERSONNELS**

Taille : Poids : Avez-vous tjs eu la même courbe de poids ?:

Nom du médecin traitant :

Suivi par spécialiste / Ostéo / Accup / Naturo / dentiste / Psy

* Soins ou traitement en cours (médicaments ou compléments alimentaires) ?
* Traitements passés (médicaments / ATBT régulier) :

-Analyse récente : -*Vaccins ; interventions chirurgicales ? :*

* Maladies,Troubles chroniques / Nerveux : Tabac/Drogue :

**ANTECEDENTS FAMILIAUX :** Obésité – dépressions – cancers – diabète – troubles cardio-vasculaires – Troubles psy – rhumatismes (arthrose, ostéoporose) – troubles Hormonaux° - Asthme – Cholestérol – allergies – hypertension – Tuberculose…
Frères : Sœurs : Place : Maladies :

Mère : Père :

Paternel Grand-mère Grand-père:

Maternel Grand-mère Grand-père :

**ALIMENTATION**

* Cantine / restaurant / domicile Durée des repas /mastication
* Appétit ? Satiété ? Préparation perso du repas ? *Plaisir à cuisiner ? Repas = corvée ou plaisir ?*
* Consommez-vous régulièrement, ou avez-vous consommé? Chocolat / Café / Thé / Soda/ Alcool / Vin

Quelles huiles ou graisse consommez pour la cuisson ?............................Pour vos assaisonnements ?

Quel type ou marque de sel et de sucre utilisez vous ?

Attirances: Sucré / Salé / Amer / Piquant / Fumé / Epicé Régime particulier : Bio / Végétarien / végétalien ou autre ?

Collations dans la journée ou Grignotages :

Liquides / boissons : eau robinet, source, minérale: > ou < à 1,5 litres

**APPAREIL DIGESTIF**  Douleurs, spasmes ?

ESTOMAC : Digestion *difficile ? Remontées Acides? Brulures ? Somnolences ?*

INTESTIN :*Nb de selles par semaine ? Selles moulées ? Couleur ? Gaz intestinaux ? Odeur ? Laxatifs réguliers ?* Migraine digestive ?

Cholesterol/ Tryglycéride *Ballonnements ?............... Fatigue après-repas ?* Dégout du gras ?

Mauvaise digestion des graisses ? Selles claires ? Hémorroïde ? *Calculs biliaires?*

FOIE : Nausées ? Crises de foie *? Vomissements ? Hépatites ?* mauvaise haleine ?

**APPAREIL CIRCULATOIRE**

- Système artériel : hyper *ou hypo tension ? Palpitations ? Oppressions ? Resserrement niv/ poitrine?*

- Système veineux : *jambes lourdes ? Varices ? Œdème cheville ? Phlébites ? Hémorroïdes ?*

*Frileux ? Extrémités froides ? Aimez-vous les bains chauds* ?

**APPAREIL RESPIRATOIRE**

- Avez-vous fréquemment des infections ? *Pulmonaires ? Rhumes, grippes ? O.R.L. ? Bronchites / Sinusites ? Otites / Toux*

- Avez-vous des allergies / Asthme / Emphysème ?

**APPAREIL URINAIRE**

*-Urines au réveil : couleur ? Fréquence ? Envies pressantes ? Fuites en éternuant ?*

*-Infections : Cystites ? Brulures ? Mycoses ? Herpes ? Pertes ? Calculs ?*

- Miction la nuit ? Nombre-Motif ? Heure ? Envie d’uriner ou miction réduite ?

**APPAREIL GENITAL FEMME (Cycles)**

Régularité ? Abondantes ? Douloureuses ? *Âge 1ère REGLES?*

- **Autour de la période des menstruations** *: Appétit ? Gonflement seins / ventre ? Nervosité / Anxiété / Excitation ?*

- Infections gynécologiques ? Pertes blanches ? Mycoses ? Mauvaise circulation ?

- Contraception : Laquelle ? Depuis :
- Pendant vos cycles, utilisez-vous des tampons ? des serviettes hygiéniques ?

*- Ménopause ? Artificielle / naturelle : Age ?*

**APPAREIL CUTANE / PHANERES**

Allergies ? Eczéma : Acné : Peau grasse/ sèche Psoriasis

Eruptions Prurits Zona  Verrues :

-Ongles : Cassants / Tâchés de blancs / Dédoublés / Striés / autres :

-Cheveux : Gras / Secs / Qui tombent / Pellicule / autres :

- Transpirez-vous facilement après un effort ou un bain ?

-Quels produits utilisez vous sur la peau (savon, gel douche, crème, lait démaquillant…) :

**SYSTEME NEURO PSY**

- Stressé ? Anxieux ? Déprimé ? Choc psycho-émotionnel ? Quand ?

- Gestion et expression du stress et des tensions : Colère/ pleurs/ mutisme

- SOMMEILT. Bon / Bon / Moy / Insuff / T. insuff Qualité sommeil 1/10? Heure coucher ? Endormissement ?

- Nb heures?*- Réveil la nuit ? Heure / Motif ?*

- Somnifères ? Fréquence ? Lesquels ?

- Heure Réveil le matin ? Facile ? Rapidement en forme? Sentiment d’être rechargé ? Besoin d'excitants pour tenir ? - Etes-vous plutôt du soir ?

Besoin longues pauses ? Sensibilité au bruit ? Mono ou Multi taches ?

Comportement en vacances : Repos ? Activités ?

- Migraines / Maux de tête?

- Fréquence : Elément déclencheur : Durée : Soulagée par :

**SYSTEME ENDOCRINIEN**

- THYROIDE : Irritabilité ? Nervosité ? Fatigue inexpliquée ? Cheveux gras/secs Hypo/ Hyperactivité

Goitre

PANCREAS : Coup de barre 11H / 17H *Boulimie sucrée Mémoire:*

**APPAREIL OSTEO-ARTICULAIRE**

- Douleurs articulaires ? Craquement ?

-Gène dans le mouvement ? Diminue au mouvement ?

- Rhumatismes ? *Baisse au mouvement ?* Arthrite/ Arthrose ?

DENTS : Carries : Déchaussements : Saignements : Sensibilité chaud/froid :

**DIVERS**

-Avez-vous un canapé en cuir dans votre logement ?.................... Eteignez-vous la wifi le soir quand vous dormez ?......................

-Utilisez des appareils pour vous protéger des ondes électromagnétiques ?........................................................................................

- Avez-vous des amalgames dentaires ?.......................Consommez vous de l’aspartame ?

**Ce questionnaire permet de noter les améliorations qui surviennent suite aux séances Reiki.**

Merci d’indiquer une note de 1 sur 10. Par exemple pour le stress 1 signifierait que vous n’êtes pas du tout stressée et 10 que vous êtes à votre maximum de stress. Si vous ne pouvez pas donner de note précise, vous pouvez donner une fourchette, ex « entre 3 et 6 en fonctions des jours »

1. Energie, vitalité -> (note 1/10)
2. Stress ou Anxiété-> /10
3. Qualité de la Digestion -> /10
4. Qualité du Sommeil -> /10
5. Amour, estime de soi -> /10
6. Confiance en soi -> /10
7. Motivation -> /10
8. Bien-être émotionnel (préciser quel type d’émotion est récurrente, l’intensité, depuis quand et à quelle fréquence : tristesse, colère, angoisse, peur, irritabilité, etc.) -> /10
9. Dépendance ? si oui préciser laquelle, depuis quand et à quelle fréquence  (nicotine, alcool, cannabis, jeux, etc.) -> /10
10. Douleurs -> /10 merci de préciser le type de douleur, où elle se situe, à quelle intensité (/10) depuis quand et à quelle fréquence  (dos, syndrome prémenstruel, entorse, etc.) :
11. Lieu de vie et environnement -> /10
12. Couple, amour et vie conjugale -> /10
13. Libido, Harmonie sexuelle  -> /10
14. Vie familiale -> /10
15. Amitié, vie sociale-> /10
16. Situation financière -> /10
17. Carrière et vie professionnelle -> /10
18. Autre ? -> /10

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………....................... ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………....................... ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….........................