



Questionnaire de santé

Ce questionnaire médical est à remplir par le patient pour optimiser l'interprétation des résultats.

Nom	
Prénom	
Date de naissance	

Poids (Kg)	
Taille (cm)	

Souffrez-vous des troubles suivants ?	Jamais	Parfois	Souvent
Maux de tête, migraines, vertiges			
Inconfort digestif, troubles du transit, nausées, ballonnements			
Insomnies, anxiété, stress, fatigabilité			
Troubles de la mémoire, de la concentration			
Troubles de l'appétit, problèmes de poids			
Infections à répétition (lesquelles)			
Problèmes ORL, allergies respiratoires			
Palpitations cardiaques, essoufflement			
Chutes de cheveux, ongles cassants, problèmes de peau...			
Douleurs articulaires, musculaires, raideurs, crampes, fourmillements			
Autres douleurs chroniques (lesquelles)			
Allergies ou intolérances alimentaires			

Souffrez-vous de maladie(s) auto-immune(s) ?	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
Si oui, la(les)quelle(s) ?		

Êtes-vous suivi par un professionnel de santé ?	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
Si oui, de quelle spécialité ?		
Êtes-vous sous traitement médicamenteux ? Si oui, le(s)quel(s) ?		

Suivez-vous un régime alimentaire particulier ?	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
Si oui, lequel ?		

Prenez-vous des compléments alimentaires (vitamines, oligoéléments...) ?	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
Si oui, le(s)quel(s) ?		

Pratiquez-vous un ou plusieurs sports régulièrement ?	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
-------------------------------------------------------	------------------------------	------------------------------

Êtes-vous fumeur(se) ?	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
------------------------	------------------------------	------------------------------

Femme : êtes-vous ménopausé(e) ?	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
----------------------------------	------------------------------	------------------------------

Si non, jour du cycle		
-----------------------	--	--

Pour quelle(s) raison(s) effectuez-vous ce bilan ? :

.....

.....

.....