

Consultation en Nutrition Holistique

Nom, prénom:

N° de téléphone :

Date de naissance:

Courriel:

Merci de bien vouloir compléter ce formulaire avant notre consultation et de me le renvoyer par courriel ou par courrier : 14, rue du Pont de l'Hers, 11230 Chalabre. Toute information restera confidentielle.

1. Avez vous des soucis de santé spécifiques que vous voulez traiter à travers notre consultation?
Décrivez **celui** qui vous crée le plus de problèmes:

2. Décrivez une journée typique au niveau de l'alimentation - du petit déj au dîner en passant par le déjeuner et tout encas, toute boisson, etc... (*pas de secret!*), en précisant les heures auxquelles vous les mangez:

repas	heure	liste d'aliments
petit déjeuner		
encas du matin		
déjeuner		
encas d'AM		
dîner		

3. Comment décrieriez vous votre **appétit**?

4. Comment décrieriez vous votre **digestion**?

5. Combien de fois par jour mettez-vous à table, assis, pour un vrai repas?

6. Combien de temps prenez-vous pour les repas principaux de la journée?

Consultation en Nutrition Holistique

7. Combien de fois par jour prenez vous un repas sans le téléphone, la télé ou l'ordinateur branché(s)?
8. Combien de fois mangez-vous puisque c'est l'heure habituelle du repas, mais non pas parce que vous avez vraiment faim?
9. Avec vous l'expérience d'un (ou plusieurs) de ces déséquilibres?
- sensations de brûlures ou de chaleur dans votre gorge, esophage ou estomac?
 - ballonnements ou flatulences
 - coup de barre et/ou endormissement après avoir mangé
 - diarrhée
 - constipation
 - sensations de lourdeur ou pesanteur pour *une longue période* après les repas
 - crampes abdominales après avoir mangé
 - douleurs intestinales reliées à la nourriture
 - goût acide dans la bouche
 - sensations de brûlures de la bouche jusqu'à l'estomac après avoir mangé des agrumes
 - remontés acides ou un goût de nourriture dans la bouche entre les repas
 - rots en dehors du repas
 - mauvaise haleine
 - odeurs corporelles malsaines
 - fatigue chronique ou fréquente
 - allergies, sensibilités ou intolérances alimentaires
 - congestion nasale ou aux sinuses, chronique ou souvent
 - inflammation chronique ou fréquente
 - eczéma, psoriasis ou éruptions cutanées
 - intolérances aux aliments gras
 - maux de tête après les repas
 - migraines
 - ulcers
 - gastrites

Consultation en Nutrition Holistique

10. Combien de fois par jour allez-vous aux selles?

moins d'une fois

une à trois fois

plus de trois fois

11. Est-ce que vous digérez facilement les légumineuses? Combien de fois par semaine en mangez vous?

12. J'aime manger **avec amour**: oui

non

des fois

pas particulièrement

13. Prenez-vous des compléments alimentaires? Des médicaments? Si oui, lesquels?

*En préparation de notre temps ensemble, réfléchissez à votre : état de digestion, élimination, sommeil et niveaux d'énergie pendant la journée. Merci par avance!
~Michele*