

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 brièvement ceux qui vous créent le plus de problèmes :

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

REPAS	HEURE	LISTE D'ALIMENTS
petit déjeuner		
encas du matin		
déjeuner		
encas d'AM		
dîner		

3. Décrivez votre **appétit** (aléatoire?/aigü?/lent?)

4. Décrivez votre **digestion** :

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

Consultation en Nutrition Holistique

6. Combien de temps prenez-vous pour les repas principaux de la journée ?
7. Prenez-vous des repas sans téléphone, télé ou 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. Faites-vous l'expérience d'un ou de plusieurs déséquilibres suivants ?
Cochez ceux qui vous correspondent :
 - sensations de brûlures ou de chaleur dans votre gorge, œsophage 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 *si oui, à quels aliments ?*
 - congestion nasale ou aux sinus (chronique ou souvent)
 - inflammation chronique ou fréquente
 - eczéma, psoriasis ou d'autres éruptions cutanées
 - intolérances/difficultés à digérer les aliments gras (friture, fromages, crème, viandes grasses)
 - 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/avec plaisir
oui non des fois pas particulièrement
13. Prenez-vous des compléments alimentaires ? Des plantes médicinales ? Des médicaments ?
Si **oui**, lesquels ?

En préparation de notre temps ensemble, réfléchissez à votre sommeil et niveaux d'énergie pendant la journée afin de pouvoir partager ces informations lors de la consultation.

*Merci par avance,
Michele*