

Questionnaire d'évaluation de l'état de santé.

NOM :

Prénom :

Date de naissance :

Date du questionnaire :

Téléphone :

Médecin traitant :

Mail :

Le(s) motif(s) de votre consultation :

Vos attentes :

Pour mieux vous connaître, nous permettre de faire des liens, mais également afin d'objectiver l'évolution de votre état de santé, merci de bien vouloir répondre aux questions suivantes le plus objectivement possible.

Votre MODE DE VIE : (Une seule réponse)

Fumez-vous ?

- ☐ Jamais
☐ Moins de 5 cigarettes / jour ou tabagisme passif ou arrêt depuis moins de 2 ans
☐ Plus de 5 cigarettes / jour

Consommez-vous moins de 2 verres de boisson alcoolisée par jour et moins de 10 verres de boisson alcoolisée par semaine en observant au moins 2 jours consécutifs sans aucune consommation ?

- ☐ Non ☐ Oui

Exposition au soleil ?

- ☐ Jamais
☐ Occasionnelle
☐ Fréquente
☐ Je fais fréquemment des séances d'UV

Pratique sportive ?

- ☐ 1 à 3 heures / semaine
☐ 4 à 9 h / semaine
☐ Plus de 10h / semaine
☐ Aucune activité physique

Tour de taille :

- ☐ M < 94 cm
☐ M : compris entre 94 cm -102 cm
☐ M > 102 cm

- ☐ F < 80 cm
☐ F : compris entre 80 cm -88 cm
☐ F > 88 cm

IMC =

Votre Taille : _____

Votre Poids : _____

Florent COLLONGE Ostéopathe DO, MKDE, DIU *Micronutrition-Alimentation-Prévention-Santé*

4, rue d'Isly – 35000 RENNES – 0623927261.

ADELI : 350004933

E.I./ SIREN 483331385

Vos PRISES DE MÉDICAMENTS :

Avez-vous eu recours à un traitement par chimiothérapie ou radiothérapie ?

- ☐ Jamais
- ☐ Il y a plus de 3 ans
- ☐ Il y a moins de 3 ans
- ☐ Il y a moins d'un an ou en cours

Veuillez cocher la case qui vous correspond pour les médicaments suivants :

Classe	Jamais	Parfois	Souvent	Quotidiennement
Paracétamol				
Antibiotiques				
Anti-inflammatoires (AINS)				
Corticoïdes				
Diurétiques (Tension)				
Anti cholestérol				
Hormones thyroïdiennes				
Traitement hormonal substitutif ou hormonothérapie				
Anti diabétiques				
Antiacides gastriques.				
Anti-dépresseurs				

Quelques signes :

Tête	Jamais	Parfois	Souvent	Quotidiennement
Maux de tête				
Vertiges				
Insomnies				

Yeux	Jamais	Parfois	Souvent	Quotidiennement
Qui pleurent, démangent				
Paupières gonflées, cernes, poches				
Yeux secs				
Vue trouble (brouillard)				

Oreilles	Jamais	Parfois	Souvent	Quotidiennement
Douleurs / infections				
Démangeaisons / écoulements				
Acouphènes / perte d'audition				

Florent COLLONGE Ostéopathe DO, MKDE, DIU *Micronutrition-Alimentation-Prévention-Santé*

4, rue d'Isly – 35000 RENNES – 0623927261.

ADELI : 350004933

E.I./ SIREN 483331385

Nez	Jamais	Parfois	Souvent	Quotidiennement
Bouché				
Rhinites, écoulements				
Sinusites				
Crise d'éternuements, rhume des foins				
Mucus épais				

Bouche, gorge	Jamais	Parfois	Souvent	Quotidiennement
Voix enrouée / extinction				
Raclement de gorge				
Aphtes				
Langue changeante (couleur, gonfle...)				
Gencives sensibles (saignements...)				

Peau	Jamais	Parfois	Souvent	Quotidiennement
Grasse, pus, acné...				
Sèche, rougeurs, plaques, eczéma, Psoriasis...				
Ongles cassants, dédoublés...				
Perte de cheveux, cheveux cassants, secs.				

Thorax	Jamais	Parfois	Souvent	Quotidiennement
Palpitations				
Essoufflements				
Douleurs				
Toux sèche, Asthme				
Toux Grasse, crachats, infections				

Abdomen	Jamais	Parfois	Souvent	Quotidiennement
Reflux, aigreurs gastriques				
Ballonnements				
Douleurs				
Rots ou gaz malodorants				
Mauvaise haleine				
Diarrhée				

Florent COLLONGE Ostéopathe DO, MKDE, DIU *Micronutrition-Alimentation-Prévention-Santé*

4, rue d'Isly – 35000 RENNES – 0623927261.

ADELI : 350004933

E.I./ SIREN 483331385

Constipation ¹				
Alternance Dia. / Const.				

Muscles & articulations	Jamais	Parfois	Souvent	Quotidiennement
Douleurs (lumbagos, torticolis, tendinites)				
Gonflements (Arthrite, arthrose)				
Blessures (déchirures, entorses, luxations)				
Faiblesse, fatigabilité				

Energie	Jamais	Parfois	Souvent	Quotidiennement
Hyperactif, agité, tourmenté				
Mou, apathique, lent				

Cerveau	Jamais	Parfois	Souvent	Quotidiennement
Trou de mémoire				
Confusion, perte du fil d'idée				
Défaut de concentration				
Défaut de compréhension				
Défaut de prise de décision				
Défaut d'élocution, articulation, bégaiement				
Trouble de la coordination				
Perte d'équilibre				
Tremblements, spasmes involontaires				

Emotions	Jamais	Parfois	Souvent	Quotidiennement
Anxiété, peurs, stress				
Colère, irritabilité				
Dépression				
Fluctuantes, instabilité				

Comportement alimentaire	Jamais	Parfois	Souvent	Quotidiennement
Gourmet (mange peu mais aime ça)				
Gourmand (se ressert sans faim avec plaisir)				

¹ Normalement on va à la selle de **3 x /j à 1 selle tous les 3 jours**. AU-DELA de 3 J on parle de constipation.

Florent COLLONGE Ostéopathe DO, MKDE, DIU *Micronutrition-Alimentation-Prévention-Santé*

4, rue d'Isly – 35000 RENNES – 0623927261.

ADELI : 350004933

E.I./ SIREN 483331385

Glouton (compulsif difficile de s'arrêter)				
Addict à certains aliments				
Vous vous faites vomir				
Vous vous pesez				

Maladies	Jamais	Parfois	Souvent	Quotidiennement
Fièvre (sans prise de paracétamol)				
Etat grippal, courbatu				

Tolérance :

Présentez-vous une réaction excessive au café (Sommeil, excitation, irritabilité, tremblements) ?

☐ Non ☐ Oui

Effets secondaires (rhinite, plaques cutanées...) **aux sulfites** (charcuteries, crevettes, alcools, fruits secs) ?

☐ Non ☐ Oui

Vous sentez-vous malades après avoir consommé de l'alcool (même une faible quantité) ?

☐ Non ☐ Oui

Avez-vous été ou êtes-vous encore exposé-e à des produits chimiques toxiques en quantité significative (solvants, pesticides, peintures, colles, résines industrielles...) ?

☐ Non ☐ Oui

Votre mental : *cf. page suivante*. Bionutrics©.

Remarques complémentaires (libres) :

NOM & Prénom du patient, signature :

À RENNES, le _____/_____/_____.

QUESTIONNAIRE SANTÉ CÉRÉBRALE

Je me reconnais dans les propositions ci-dessous:	0	1	2	3	4
1. J'ai des difficultés à me lever le matin.					
2. J'ai besoin de café, de thé, de boissons toniques pour bien débuter la journée.					
3. J'ai du mal à commencer une action.					
4. Je me sens moins créatif, moins imagiatif que je ne l'ai été.					
5. Je ressens de la fatigue avant même de commencer à agir.					
6. Je porte moins d'intérêt à mes loisirs, mes activités.					
7. J'ai moins de désir sexuel et amoureux.					
8. Mon sommeil est agité physiquement, je remue beaucoup.					
9. Je n'ai plus tellement de nouveaux projets.					
10. J'ai du mal à me concentrer, à suivre le fil de ma pensée.					
11. Je manque de dynamisme, de vitalité depuis quelque temps.					
12. Je cherche souvent mes mots.					
13. Je me sens moralement fatigué, triste.					
14. Je suis irritable, impulsif et vite en colère.					
15. Je suis impatient, je ne supporte pas d'attendre.					
16. Je me sens à la fois dépressif et tendu, agité...					
17. Je suis attiré vers le sucré ou le chocolat en fin de journée.					
18. J'ai tendance à boire du vin, de l'alcool, le soir pour me détendre.					
19. J'ai du mal à prendre du recul, à rester zen.					
20. J'ai du mal à trouver le sommeil ou me réveille vers 3h du matin.					
21. Mes pensées s'agitent souvent, même la nuit.					
22. Je me sens vite vulnérable au stress, au bruit...					
23. Je suis susceptible, un peu « à fleur de peau ».					
24. Je change très vite d'humeur.					
25. Je sens des tensions nerveuses intérieures, des inconforts digestifs, des douleurs musculaires diffuses...					
26. Je suis sujet aux migraines, sensible au bruit, aux lumières...					

- 0 : non, pas du tout
- 1 : parfois, mais rarement
- 2 : régulièrement, mais cela ne dure pas longtemps
- 3 : c'est fréquent et cela me dérange
- 4 : oui, (presque) tous les jours et intensément

Score VITALITÉ & DYNAMISME
DOPAMINE

Score DÉTENTE & PRISE DE RECUL
SÉROTONINE

Pour chacun de ces deux paramètres, un score au-dessus de 18 est généralement associé à une symptomatologie substantielle.