ULANGAMARIA
Médecine naturopathique africaine

Tout ce qui sera évoqué dans ce questionnaire est sous secret médical.

Aucune information ne sera communiquée à des tiers sans votre accord écrit.

QUESTIONNAIRE

INFORMATION GENERALE

N° de dossier / Date :
……..

NOM – Prénom :
……

Motif de consultation :
……
……

Diagnostic médical – Date :
……

Courriel :
……

Téléphone :
……

Date de naissance :
……

Lieu de naissance :
……

N° dans la fratrie :
……

Groupe sanguin :
……

Poids (kg) – taille (cm) Evolution :
……

Couleur des yeux :
……

SITUATION FAMILIALE ET PROFESSIONNELLE

Situation familiale (célibataire, marié, en couple) :

……

Avez-vous des enfants ? Si oui combien et quel est leur âge et leur sexe ? :

……
……..

……
……..

Profession :

……
……..

Comment qualifiez-vous l'ambiance à votre travail :

……
……..

……
……..

Avez-vous des remarques supplémentaires à me communiquer sur vos conditions de travail :

- ☐ **Oui**
- ☐ **Non**

……
……

……

Pratiquez-vous une activité sportive ?

- ☐ **Oui**
- ☐ **Non**

Si oui laquelle, à quelle fréquence et depuis combien de temps ?

……
……..

Pratiquez-vous un / des hobby/ies ?

- ☐ **Oui**
- ☐ **Non**

Lieux de résidences (campagnes, ville, montagne, …)

- ☐ **Campagne**
- ☐ **Ville**
- ☐ **Montagne**

- ☐ **Autres :**
  ……
  ……

Alentours :

- ☐ **Agriculture**
- ☐ **Vignes**
- ☐ **Incinérateurs**
- ☐ **Trafic**
- ☐ **Centrale nucléaire**
- ☐ **Cabinet dentaire**
- ☐ **Pressing**
- ☐ **Imprimerie**
- ☐ **Autres :**
  ……
  …….

Objets à risque :

- ☐ **Thermomètres**
- ☐ **Baromètres (ouverts / cassés) ?**

SUIVI MEDICAL

Etes-vous suivi par un médecin généraliste ?

- ☐ **Oui**
- ☐ **Non**

Suivez-vous un traitement médical ?

- ☐ **Oui**
- ☐ **Non**

Si oui le(s)quels ?

……
……
……
……
……..

Depuis quand ?
……
……..

Avez-vous subi une/des intervention(s) chirurgicale(s)

- ☐ **Oui**
- ☐ **Non**

Si oui la (les)quelle(s) ?

……
……
……
……
……

Pour quelle cause ? En quelle cause ? En quelle année ?

……
……
……
……
……

Avez-vous subi des examens de santé ?

- ☐ **Oui**
- ☐ **Non**

Si oui le(s)quel(s) et pour quelle(s) raison(s) ? Quelle(s) année(s) :

- ☐ **Bilan sanguin :**
  ……
  ……..
- ☐ **Mammographie :**
  ……
  ……..
- ☐ **Fibroscopie :**
  ……
  ……..
- ☐ **Radiographie :**
  ……
  ……..
- ☐ **IRM :**
  ……
  ……...
- ☐ **Autres :**
  ……
  ……

Avez-vous été vacciné ?

- ☐ **Oui**
- ☐ **Non**

Si oui, avec quel(s) vaccin(s) et dates :

……
……
……
……
……..

Réaction aux vaccins :

- ☐ **Oui**
- ☐ **Non**

Avez-vous eu des maladies infantiles (varicelle, rougeole, scarlatine, rubéole,… maladies parasitaires) ?

- ☐ **Oui**
- ☐ **Non**

Si oui la(les)quelle(s) ?

……
……
……..

Est-ce que vos grands-parents/parents/frère(s)/sœur(s) ont/avaient des problèmes de santé ?

- ☐ **Oui**
- ☐ **Non**

Si oui, lesquels ?

……
……
……..

Avez-vous des allergies ?

- ☐ **Oui**
- ☐ **Non**
- ☐ **Si oui, lesquel(s)**

……
……
……

Prenez-vous des médicaments ?

- ☐ **Oui**
- ☐ **Non**

Si oui le(s)quelle(s) ?

……
……
……..

Autres :

……
……
……

GROSSESSE DE VOTRE MERE ET VOTRE NAISSANCE

Votre naissance :

- ☐ **Naissance à terme**
- ☐ **Dépassement du terme**
- ☐ **Prématuré ?**
- ☐ **Je ne sais pas**

Accouchement :

- ☐ **Par voie basse**
- ☐ **Césarienne**
- ☐ **Sous péridurale ?**
- ☐ **Je ne sais pas**

Lait infantile:

- ☐ **Allaitement exclusif**
- ☐ **Mixte**
- ☐ **Pas d'allaitement**
- ☐ **Je ne sais pas**

Croutes de lait :

- ☐ **Oui**
- ☐ **Non**

Régurgitations :

- ☐ **Oui**
- ☐ **Non**

SYSTEME CUTANE

Avez-vous des infections urinaires ?

- ☐ **Oui**
- ☐ **Non**

Traitement :

……
……

Pipi au lit (énurésie) : âge, fréquence, traitement ?.....

Cystites, néphrites, pyélonéphrites ? traitement ?.....

Avez-vous :

- ☐ **Brûlures en urinant**
- ☐ **Calculs rénaux**

Quel est votre quantité d'eau par jour en mangeant / entre les repas ?.....

La fréquence et la miction ?

……

Avez-vous des fuites urinaires ? (si rire, toux…)

- ☐ **Oui**
- ☐ **Non**

Quel moyen de contraception utilisez-vous ?

- ☐ **Stérilet**
- ☐ **Pilule**
- ☐ **Vasectomie**
- ☐ **Préservatif**
- ☐ **Autres**

Depuis quand ?.....

Comment est votre libido ?.....

Comment est votre sexualité avec votre conjoint ?.....

Avez-vous des problèmes de fertilité ?

- ☐ **Oui**
- ☐ **Non**

SECTION CONSACRE AUX FEMMES

Date des premières règles :

……

Comment est votre cycle menstruel ?

- ☐ **Régulier**
- ☐ **Irrégulier**

Aménorrhée (absence de règles). Depuis quand ?.....

- ☐ **Syndrome prémenstruel**

Saignement entre les règles :

- ☐ **Sang rouge**
- ☐ **Sang noir**
- ☐ **Kystes : sein (D/G/les deux) – Ovaires (D/G/les deux) :**
  ……..
- ☐ **Endometriose**
- ☐ **Fibrome**
- ☐ **Leucorrhées (pertes blanches)**
- ☐ **Herpès vaginal / papillomavirus**
- ☐ **Ménopause (âge, traitement)**

- ☐ **Démangeaison génitales – irritations**
- ☐ **MST (Maladie Sexuellement Transmissibles)**

Ex : Herpès génital – Chlamydiae…

Avez-vous fréquemment des mycoses vaginales ?

- ☐ **Fausses couches**
- ☐ **IVG**
- ☐ **Accouchement(s)**

SECTION CONSACRE AUX HOMMES

Problème de stérilité :

- ☐ **Oui**
- ☐ **Non**

Traitement :
……
……

Problème de prostate Analyse de PSA ?

- ☐ **Oui**
- ☐ **Non**

Problème d'érection ?

- ☐ **Oui**
- ☐ **Non**

Traitement :
……
……

- ☐ **Démangeaison génitales**
- ☐ **Irritations**
- ☐ **MST (Maladie Sexuellement Transmissibles)**
- ☐ **Herpès**
- ☐ **Andropause (âge, traitement)**

SYSTEME CARDIO-VASCULAIRE

Comment est votre tension artérielle ?.....

Avez-vous des problèmes de cholestérol ?

- ☐ **Oui**
- ☐ **Non**

Etes-vous frileux(se)

- ☐ **Oui**
- ☐ **Non**

Avez-vous des problèmes de circulation sanguine et lymphatique ?

- ☐ **Oui**
- ☐ **Non**

Si oui, lesquels ?.....

Avez-vous des migraines ?

- ☐ **Oui**
- ☐ **Non**

Si oui, à quelle fréquence ?.....

- ☐ **Extrémités froides**
- ☐ **Sensible**
- ☐ **Varices – localisation :**
  ……
- ☐ **Ulcérations**
- ☐ **Escarres**

Oedèmes :

- ☐ **Jambes**
- ☐ **Pieds**
- ☐ **Mains**
- ☐ **Doigts**

Avez-vous des :

- ☐ **Douleurs thoraciques**
- ☐ **Troubles cardiaques**
- ☐ **Palpitations**
- ☐ **Tachycardie**
- ☐ **Autres :……**
  ……..

SYSTEME ORL

Fumez-vous ?

- ☐ **Oui**
- ☐ **Non**

Avez-vous des problèmes ORL chroniques ?

- ☐ **Oui**
- ☐ **Non**

Si oui :

- ☐ **Rhino bronchite**
- ☐ **Sinusite**
- ☐ **Otite**

Traitement :

……
……

Avez-vous :

- ☐ **Appareil auditif**
- ☐ **Bourdonnements**
- ☐ **Acouphènes**
- ☐ **Intolérance à certains bruits**
- ☐ **Vertiges**
- ☐ **Problèmes d'équilibre**

Avez-vous des problèmes de nez ?

- ☐ **Oui**
- ☐ **Non**

Si oui :

- ☐ **Odorat**
- ☐ **Hypersensibilité à des odeurs**
- ☐ **Perte d'odorat**
- ☐ **Nez qui gratte**
- ☐ **Nez qui coule**

Nature de l'écoulement :

……
……
……..

SYSTEME OSTEO-ARTICULAIRE

Avez-vous des :

- ☐ **Douleurs dans le dos**
- ☐ **Douleurs aux articulations**
- ☐ **Douleurs aux muscles**
- ☐ **Ostéoporose sans antécédent familiaux**
- ☐ **Ostéoporose avec antécédent familiaux**
- ☐ **Tendinites**
- ☐ **Crampes**

Névralgies : localisation :

- ☐ **Jambes**
- ☐ **Dos**
- ☐ **Visage**
- ☐ **Bras**
- ☐ **Impression de paralysie d'un membre**

Fourmillements :

- **Oui**
- **Non**

Où ? quand ? Fréquence ?

- **Tremblements musculaires spasmophilie**
- **Tremblements des paupières, des lèvres**

Avez-vous des problèmes musculaires et osseux ?

- **Oui**
- **Non**

Si oui, lesquels ?.....

Avez-vous des problèmes ostéoarticulaires ?

- **Oui**
- **Non**

SYSTEME GLANDULAIRE

Avez-vous du diabète ?

- **Oui**
- **Non**

Avez-vous des problèmes de thyroïde ?

- **Oui**
- **Non**

SYSTEME NERVEUX

Etes-vous anxieux ?

- **Oui**
- **Non**

Si oui, pourquoi ?.....

Etes-vous sur l'emprise des médicaments ?

- **Oui**
- **Non**

Si oui lesquels ?.....

Comment est votre sommeil ?

- ☐ **Difficulté à s'endormir**
- ☐ **Suffisant**
- ☐ **Insuffisant**
- ☐ **Réveil nocturne**
- ☐ **Insomniaque**
- ☐ **Agitation nocturne**
- ☐ **Cauchemars**

Depuis quand ?.....

Traitement :
……
……

Transpiration nocturne ?

- ☐ **Oui**
- ☐ **Non**

Combien d'heures en moyenne dormez-vous par nuit ?.....

Pour vous endormir, utiliserez-vous ?

- ☐ **Somnifères**
- ☐ **Tisanes**
- ☐ **Rien**
- ☐ **Autres :**

  ……
  ……

Lever avec fatigue depuis quand ?
……..

Avez-vous ou avez-vous eu des problèmes de dépression ?

- ☐ **Oui**
- ☐ **Non**

Si oui, pourquoi, de quelle durée et quelle période de votre vie ?

.....
.....

SYSTEME DIGESTIF

Quel est votre état de santé dentaire ?

- ☐ **Amalgame**
- ☐ **Couronne**
- ☐ **Bridges**
- ☐ **Dents non soignées**
- ☐ **Caries**
- ☐ **Dents qui se déchaussent**
- ☐ **Dents saines**
- ☐ **Grincements de dents**

Consommez-vous de l'alcool ?

- ☐ **Oui**
- ☐ **Non**

Si oui, à quelle fréquence ?.....
.....

Comment est votre mastication ?.....

Traitement des gencives qui saignent et/ou enflammées ?.....

Avez-vous :

- ☐ **Aphtes ? après quels aliments ?**.....
- ☐ **Mauvais haleine**
- ☐ **Ballonnements**
- ☐ **Gaz (odeurs)**

Comment est votre digestion ?

- ☐ **Normale**
- ☐ **Difficile**
- ☐ **Lourdeur**
- ☐ **Brûlure**
- ☐ **Aigreur**

Avez-vous des parasites ?

- ☐ **Oui**
- ☐ **Non**
- ☐ **Je ne sais pas**

Avez-vous des maux de ventre ?

- ☐ **Oui**
- ☐ **Non**

Description et localisation :
……
……
……..

Avez-vous des :

- ☐ **Hémorroïdes**
- ☐ **Fissures anales**
- ☐ **Fistules anales**

Avez-vous des douleurs ou des difficultés à l'émission des selles ?

- ☐ **Oui**
- ☐ **Non**

Vous sentez-vous fatigué(e) après le repas ?

- ☐ **Oui**
- ☐ **Non**

Avez-vous des reflux gastro-oesophagien, remontées acides ?

- ☐ **Oui**
- ☐ **Non**

Avez-vous des vomissements / nausées ?

- ☐ **Oui**
- ☐ **Non**

Avez-vous des maux de tête liés à la digestion ?

- ☐ **Oui**
- ☐ **Non**

Douleurs :

- ☐ **Après les repas**
- ☐ **Entre les repas**
- ☐ **La nuit**
- ☐ **Autres :**
  ……
  ……..

Comment est votre transit (allez-vous aux toilettes) ? Fréquence ?.....

Comment sont vos selles ?

- ☐ **Normales**
- ☐ **Blanches**
- ☐ **Molles**
- ☐ **Dures**
- ☐ **Liquides**
- ☐ **Flottantes**
- ☐ **Avec glaires**
- ☐ **Mucus**
- ☐ **Sang**

HABITUDES ALIMENTAIRES

Votre appétit est-il cohérent avec votre activité ?

- ☐ **Oui**
- ☐ **Non**

Avez-vous des fringales ?

- ☐ **Oui**
- ☐ **Non**

si oui, après le repas du soir ?

- ☐ **Oui**
- ☐ **Non**

Avez-vous des troubles alimentaires ? (boulimie, anorexie,…)

- ☐ **Oui**
- ☐ **Non**

Consommez-vous des produits biologiques ?

- ☐ **Oui**
- ☐ **Non**

Quels types de sucres utiliserez-vous régulièrement ?

- ☐ **Miel**
- ☐ **Sucre roux**
- ☐ **Sucre blanc**
- ☐ **Sirop**
- ☐ **Edulcorant naturel**
- ☐ **Autres**
  édulcorant :……
  ……..

Quels types de pains, pâtes, riz et farines consommez-vous régulièrement ? raffinés ? semi-raffinés ? complet ?

……
……
……
……

Quels types d'huiles utilisez-vous régulièrement ?

- ☐ **Biologiques**
- ☐ **Première pression à froid**
- ☐ **Camelin**
- ☐ **Lin**
- ☐ **Olive**
- ☐ **Colza**
- ☐ **Tournesol**
- ☐ **Noix**
- ☐ **Coco**
- ☐ **Autres :……**
  ……

Que consommez-vous régulièrement ?

- ☐ **Produits frais**
- ☐ **Surgelés**
- ☐ **Plats préparés industriels**
- ☐ **Conserves**

Les produits laitiers que vous consommez en majorité sont issus de lait de
……

Prenez-vous le matin un petit-dejeuner ?

- ☐ **Oui**
- ☐ **Non**

Si oui, de quoi se compose t-il en général ?.....
.....

Que consommez-vous en général le midi ?

- ☐ **Fast-food**
- ☐ **Pizza**
- ☐ **Salade composée**
- ☐ **Soupe**
- ☐ **Plat cuisiné maison**
- ☐ **Plat cuisiné industriel**
- ☐ **rien**
- ☐ **autres :**
  ……
  ……
  ……

Quelle(s) eau(x) buvez-vous en moyenne par jour et à quel fréquence?

……
……

Consommez-vous ? :

- ☐ **Café**
- ☐ **Thé / infusion**
- ☐ **Jus de fruits**
- ☐ **Soda**
- ☐ **Vin**
- ☐ **Apéritifs**
- ☐ **Lait**
- ☐ **Fromage (molle, dure)**
- ☐ **Fromage blanc**
- ☐ **Dessert lacté**
- ☐ **Légumes frais**
- ☐ **Légumes surgelés**
- ☐ **Fruits frais**
- ☐ **Pain**
- ☐ **Riz**
- ☐ **Pâtes**
- ☐ **Pomme de terre**
- ☐ **Gâteaux**
- ☐ **Dessert (hors fruits)**

Quels type de poisson consommez-vous ?.....
.....

Quels types de viandes consommez-vous ?

- ☐ **Blanche**
- ☐ **Rouge**
- ☐ **Volaille**
- ☐ **Porc**
- ☐ **Charcuteries**

Souhaiteriez-vous me signaler autre chose ?

……
……
……
……
……
……
……
……