**Questionnaire première consultation en ostéopathie biodynamique**

**et conseils naturopathiques**

**Nom/Prénom :**

**Date de naissance :**

**Age : Tél. :**

**Adresse :**

Situation familiale /nombre d’enfants/âges :

Profession(s) :

Activités sportives/loisirs, à quelle fréquence/combien d’heures/j /sem ? :

Fumez-vous ? si oui combien de cigarettes/jour ?

Consommez-vous de l’alcool régulièrement ? si oui, quoi ? quantité/jour ?

Y a-t-il du stress dans votre vie ? si oui, quelle est l’origine ? professionnelle, familiale ?

* **Au niveau de la sphère pelvienne :**
* Est-ce votre première grossesse ?
* Preniez-vous un moyen de contraception ? si oui lequel ? depuis combien de temps ?
* Depuis combien de temps avez-vous arrêté votre contraception ?
* Avez-vous eu des difficultés à concevoir ? si oui, quel est votre parcours ?
* Concernant vos règles, notamment sont-elles régulières, abondantes, douloureuses ?
* Avez-vous tendance aux mycoses vaginales ?
* Concernant la naissance/grossesse de vos enfants : accouchement long ? voie basse ? césarienne ? épisiotomie ?
* Avez-vous déjà eu des infections urinaires ? si oui, quel traitement ?
* Avez-vous des fuites urinaires ? si oui, à l’effort ?
* **Au niveau de la digestion :**
* Avez-vous des selles régulières ? 1/jour ? plusieurs/j ? Constipation ?
* Quelle est leur consistance ? régulière ? formées ? molles ? changement en fonction des émotions/alimentation ?
* Avez-vous des rots spontanés ? le hoquet ?
* Avez-vous des gaz ? si oui, bruyants et/ou odorants ?
* Avez-vous des ballonnements ? si, oui à quel moment ?
* Avez-vous des remontées acides/aigreurs d’estomac ?
* Avez-vous des douleurs de ventre ? à quel moment ? cela perturbe-t ’il votre quotidien ?
* Quels changements avez-vous observés depuis le début de la grossesse ?
* **Au niveau du sommeil :**
* Avez-vous des difficultés à vous endormir ? si oui en combien de temps ? pourquoi ?
* Ruminations mentales ? que faîtes-vous alors ?
* Avez-vous des réveils nocturnes ? si oui à quelle heure ? que faîtes-vous ?
* Êtes-vous reposé le matin au réveil ?
* Depuis combien de temps êtes-vous fatigué ?
* Quels changements avez-vous observé depuis le début de la grossesse ?
* **Au niveau traumatique :**
* Avez-eu des accidents de la voie publique/de voiture ? si oui, quand ? quelles conséquences ? quels traumatismes ?
* Avez-vous fait des chutes importantes ? à vélo ? roller ? sur la glace ? si oui, quand ? quelles conséquences ?
* Avez-vous eu des entorses ? si oui, quand ? quel traitement ? rééducation ?
* **Au niveau chirurgical :**
* Avez-vous subi des opérations ? si oui, quand ? pourquoi ?
* Y a-t-il eu des conséquences ?
* Quel type d’anesthésie ?
* **Au niveau émotionnel :**
* Avez-eu des chocs émotionnels : décès/séparation(s)/déménagement difficile/perte de parents proches ? si oui, quand ?
* Quelles conséquences ?
* Comment est composée votre fratrie ? jumeau ? demi-frère/sœur ? décès ?
* **Au niveau médical :**
* Quels sont vos antécédents médicaux ?
* Avez-vous une maladie chronique ? si oui, laquelle ? quel traitement ? quelles conséquences ?
* Prenez-vous un traitement médicamenteux de manière régulière ? si oui, lequel? Pourquoi ?
* **Divers :**
* Avez-vous des douleurs chroniques ? si oui, lesquelles ?
* Quelle stratégie mettez-vous en place ?
* Avez-vous des symptômes qui perturbent votre quotidien ? si oui, lesquels ? à quel moment ?
* Quelle stratégie mettez-vous en place ?
* Avez-vous des informations sur votre naissance ? accouchement long ? césarienne ? forceps ?
* Consultez-vous parfois un ostéopathe ?
* Avez-vous fait de l’orthodontie ?
* Avez-vous fait de la dentosophie ?
* Portez-vous des semelles orthopédiques ? si oui, pour quelles raisons ?
* **Motif de consultation :**
* **Remarques :**