**Questionnaire première consultation en ostéopathie biodynamique**

**et conseils naturopathiques**

**Nom/Prénom :**

**Date de naissance :**

**Age : Tél. :**

**Adresse :**

Scolarité : en quel niveau est-il cette année ?

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

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

**A propos de votre enfant :**

* **Au niveau de la digestion :**
* A-t-il des selles régulières ? 1/jour ? plusieurs/j ? Constipation ?
* Quelle est leur consistance ? régulière ? formées ? molles ? changement en fonction des émotions/alimentation ?
* A-t-il des rots spontanés ? le hoquet ?
* A-t-il des gaz ? si oui, bruyants et/ou odorants ?
* A-t-il des ballonnements ? si, oui à quel moment ?
* A-t-il des remontées acides/aigreurs d’estomac ?
* A-t-il des douleurs de ventre ? à quel moment ? cela perturbe-t ’il son quotidien ?
* **Au niveau du sommeil :**
* A-t-il des difficultés à s’endormir ? si oui en combien de temps ? pourquoi ?
* A-t-il des réveils nocturnes ? si oui à quelle heure ? que fait-il ?
* Est-il reposé le matin au réveil ?
* Depuis combien de temps est-il fatigué ?
* **Au niveau traumatique :**
* A-t-il eu des accidents de la voie publique/de voiture ? si oui, quand ? quelles conséquences ? quels traumatismes ?
* A-t-il fait des chutes importantes ? à vélo ? roller ? sur la glace ? si oui, quand ? quelles conséquences ?
* A-t-il eu des accidents sportifs ? si oui, lesquels ? quel traitement ?
* A-t-il eu des entorses ? si oui, quand ? quel traitement ? rééducation ?
* **Au niveau chirurgical :**
* A-t-il subi des opérations ? si oui, quand ? pourquoi ?
* Y a-t-il eu des conséquences ?
* Quel type d’anesthésie ?
* **Au niveau émotionnel :**
* A-t-il des chocs émotionnels : décès/séparation(s)/déménagement difficile/perte de parents proches ? si oui, quand ?
* Quelles conséquences ?
* Comment est composée sa fratrie ? jumeau ? demi-frère/sœur ? décès ?
* **Au niveau médical**
* Quels sont ses antécédents médicaux ?
* A-t-il une maladie chronique ? si oui, laquelle ? quel traitement ? quelles conséquences ?
* Prend-il un traitement médicamenteux de manière régulière ? si oui, lequel? Pourquoi ?
* **Divers :**
* A-t-il des douleurs chroniques ? si oui, lesquelles ?
* Quelle stratégie met-il/ mettez-vous en place ?
* A-t-il des symptômes qui perturbent son quotidien ? si oui, lesquels ? à quel moment ?
* Quelle stratégie met-il/mettez-vous en place ?
* Comment s’est passée la grossesse ? la naissance ? accouchement long ? césarienne ? forceps ?
* Consulte-t-il parfois un ostéopathe ?
* Porte-t-il des semelles orthopédiques ? si oui, pour quelles raisons ?
* **Motif de consultation :**
* **Remarques :**