

Bilan de vitalité



Consultation ☐ Visio ☐ Physique

Le consultant a déjà consulté un naturopathe ☐ Oui ☐ Non

Date :

Tél :

Nom :

Mail :

Âge :

Adresse :

Taille :

Poids :

IMC :

Premières impressions

Démarche : ☐ Lente ☐ Nonchalante ☐ Assurée

Posture : ☐ Droite ☐ Avachie

Poignée de main : ☐ Energique ☐ Molle ☐ Fuyante

Regard : ☐ Fuyant ☐ Baissé ☐ Droit ☐ Absent ☐ Fatigué

Sourire : ☐ Naturel ☐ Crispé ☐ Nerveux ☐ Pincé

Débit de parole : ☐ Lent ☐ Rapide ☐ Moyen

Volume de la voix : ☐ Posé ☐ Faible ☐ Fort

Tempérament

☐ Nerveux

☐ Sanguin

☐ Bilieux

☐ Lymphatique

Autres observations

Plainte / raison de la consultation :

Historique de la plainte :

Objectif du consultant :

Signification émotionnelle de la maladie / du trouble :

Situation familiale

Évènements Enfance / Adolescence :



Situation familiale actuelle :

☐ Marié ☐ Célibataire ☐ Pacsé ☐ Vie maritale ☐ Veuf / veuve

Enfants : ☐ Oui ☐ Non

Nombre :

Fille(s) :

Garçon(s) :

Âge :

Âge :

Observations vie familiale actuelle, relation :

Vie sociale :

Amis :

Sorties :



Vie professionnelle

Formation :



Situation professionnelle :

☐ Etudiant ☐ Salarié ☐ Libéral ☐ Entrepreneur ☐ Chômage ☐ Arrêt maladie ☐ Retraite

Domaine d'activité / poste occupé :

Depuis :

Relations dans le travail : ☐ Bonnes ☐ Moyennes ☐ Mauvaises

Satisfaction de la situation : ☐ Très satisfait ☐ Moyen ☐ Pas satisfait

Conditions de travail :

☐ Assis ☐ Debout ☐ De jour ☐ De nuit ☐ Week-end ☐ Télétravail

Déplacements professionnels : ☐ Fréquents ☐ Occasionnels

☐ Régionaux ☐ Nationaux ☐ Internationaux

Durée du trajet quotidien :

Moyen de transport :

Déjeuner : ☐ Maison ☐ Cantine ☐ Extérieur ☐ Amène son déjeuner

Détails / changements envisagés / observations :

Antécédents personnels / Suivi médical



	Oui	Non	Observations
Interventions chirurgicales			
Maladies			
Grossesse / Accouchement			
Maladies infantiles			
Traitements en cours			
Compléments alimentaires			
Allergies			
Intolérances alimentaires			
Suivi par un praticien de santé / thérapeute / praticien bien être			

Médecin traitant :

Observations / précisions / remarques :

Antécédents familiaux :

Maladies neurologiques, cardiaques, cancers, diabète, auto-immunes, génétiques



Mère		Père		Fratrie
Grand-père	Grand-mère	Grand-père	Grand-mère	

Activité physique / Sport



Activité / sport	Fréquence	Durée	Depuis

Autres Hobbies / Passions / Activités



Habitat :

☐ Campagne ☐ Ville ☐ Appartement ☐ Maison ☐ Extérieur / Jardin

La personne se sent-elle bien dans son habitat ☐ Oui ☐ Non

Observations concernant l'habitat :

Éléments à signaler : ☐ Champs / pesticides ☐ Éoliennes ☐ Antennes ☐ Pollution
☐ Pollution sonore

Changements envisagés :

Sommeil



Besoins en heures	Nombre d'heures dormies en réalité	Heure de coucher	Heure de lever	Réveils nocturnes

Auto-évaluation Qualité du sommeil	 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 
Insomnie	
Etat au réveil	En forme Fatigué Difficulté à sortir du lit
Difficulté d'endormissement	
Apnée du sommeil	
État de fatigue estimé	 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 
Type de fatigue	Physique Nerveuse Manque de sommeil

Observations

Hydratation



Quantité d'eau bue par jour : litres

Type d'eau : ☐ Robinet ☐ Filtrée ☐ Osmosée ☐ Source ☐ Minérale ☐ Gazeuse

Quand : ☐ Avant le repas ☐ Pendant le repas ☐ Après le repas ☐ Tout au long de la journée

Comment : ☐ Par petites gorgées ☐ Par grandes quantités d'un coup

Hygiène alimentaire



Auto-évaluation de
l'hygiène alimentaire



1

2

3

4

5

6

7

8

9

10



Diététique des dernières 24 H

Repas	Heure	Composition
Petit déjeuner		
Collation		
Déjeuner		
Collation		
Diner		
Grignotage		

Attirance : ☐ Sucré ☐ Salé

Compulsions sucrées : ☐ Oui ☐ Non

Alimentation bio : ☐ Oui ☐ Non ☐ En partie

Type de produits : ☐ Frais ☐ Surgelés ☐ Conserves ☐ Plats industriels

Hygiène alimentaire

Produits céréaliers

Consommation de gluten : ☐ Quotidienne ☐ Occasionnelle ☐ Sans gluten

Type de céréales : ☐ Complètes ☐ Semi-complètes ☐ Raffinées

Consommation de pain : Fréquence : Type :



Viande

Fréquence :

Type : ☐ Blanche ☐ Rouge

Charcuterie : ☐ Oui ☐ Non Fréquence :



Poisson

Fréquence :

Type : ☐ Blanc ☐ Gras



Oeufs

Fréquence :



Produits laitiers

Fréquence globale :

Type : ☐ Lait de vache ☐ Lait de brebis ☐ Lait de chèvre



	Lait	Fromage	Crème	Beurre	Fromage blanc	Yaourt
Fréquence						

Fruits et légumes

Fréquence consommation de fruits :

Fréquence consommation de légumes :

☐ Bio ☐ De saison ☐ Crus ☐ Cuits



Autres :

☐ Junkfood : Type : Fréquence :

☐ Oléagineux Type : Fréquence :

☐ Légumineuses Type : Fréquence :

☐ Graines ☐ Graines germées



Matières grasses :

Matières grasses de cuisson :

Huiles d'assaisonnement :

Critères de choix des huiles végétales :

- ☐ Bio ☐ Vierge / Vierge extra ☐ 1ère pression à froid



Boissons



	Café	Thé	Tisane	Soda	Jus de fruits	Alcool	Jus de légumes
Fréquence							

Habitudes et diététique



Est-ce vous qui cuisinez à la maison ? ☐ Oui ☐ Non

Aimez-vous cuisiner ? ☐ Oui ☐ Non

Temps consacré à la préparation du repas en général :

Cuissons

- ☐ Four ☐ Poêle ☐ Vapeur ☐ Barbecue ☐ Robot ☐ Air-Frayer

Contexte du repas :

- ☐ Assis à table ☐ Debout ☐ Écran ☐ En famille ☐ Collègues ☐ Seul ☐ Sur le canapé
☐ En travaillant

Mangez-vous :

- ☐ Vite ☐ Moyen ☐ Lentement

Appétit

- ☐ Bon ☐ Moyen ☐ Mauvais

Mastication :

- ☐ Bonne ☐ Mauvaise

Quantités :

- ☐ Petites ☐ Moyennes ☐ Grandes

Proportions dans l'assiette : Protéines : % Légumes : % Féculents : %

Combien de temps pour manger

Petit déjeuner	Déjeuner	Dîner

Autres observations

Systèmes de l'organisme

Digestif



Fréquence des selles :

Consistance des selles : ☐ Moulées ☐ Molles ☐ Liquides ☐ Dures ☐ Constipation

Couleur des selles : ☐ Marron foncé ☐ Marron clair ☐ Rouge ☐ Noir ☐ Jaune

Digestion :

Estomac : ☐ RGO ☐ Brûlures d'estomac ☐ Eructations ☐ Lenteur digestive de l'estomac
☐ Douleur

Intestins : ☐ Douleurs abdominales ☐ Ballonnements ☐ Flatulences

Foie :

☐ Lourdeur postprandiale ☐ Sensation de malaise après le repas ☐ Nausée ☐ Maux de tête

Langue : ☐ Rose ☐ Chargée ☐ Blanche ☐ Marque des dents

Haleine chargée : ☐ Oui ☐ Non

Cernes : ☐ Oui ☐ Non

Teint : ☐ Brouillé ☐ Gris ☐ Lumineux ☐ Rose ☐ Rouge

Somnolence postprandiale : ☐ Oui ☐ Non

État buccal :

☐ Caries ☐ Gencives qui saignent ☐ Aphtes ☐ Gingivites ☐ Parodontite

Téguments



Problèmes de peau : ☐ Acné ☐ Psoriasis ☐ Eczéma ☐ Autre :

Type de peau : ☐ Grasse ☐ Sèche ☐ Mixte ☐ Sensible ☐ Atopique ☐ Marquée pour l'âge

Transpiration : ☐ Abondante ☐ Odorante

Cheveux : ☐ Secs ☐ Gras ☐ Cassants ☐ Ternes ☐ Chute de cheveux

Ongles : ☐ Cassants ☐ Striés ☐ Mous ☐ Tachés

Pulmonaire



Encombrement bronchique : ☐ Oui ☐ Non

Tabac :

Actuellement : ☐ Oui ☐ Non Combien : Depuis :

Avant : ☐ Oui ☐ Non Combien : Combien de temps :

Date du sevrage :

Exposition à des polluants volatiles (professionnel ou non) : ☐ Oui ☐ Non Type :

Oxygénation au grand air : ☐ Oui ☐ Non

Respiration :

☐ Courte ☐ Profonde ☐ Lente ☐ Superficielle ☐ Gêne respiratoire ☐ Essoufflement

Urinaire



Fréquence des mictions :

Quantité : ☐ Faible ☐ Moyenne ☐ Importante

Odeur anormale : ☐ Oui ☐ Non

Douleur à la miction : ☐ Oui ☐ Non

Effort à la miction : ☐ Oui ☐ Non

Lever nocturne : ☐ Oui ☐ Non

Tendance aux infections urinaires : ☐ Oui ☐ Non

Incontinence : ☐ Oui ☐ Non

Cardiovasculaire / Lymphatique



Troubles du rythme : ☐ Palpitations

Extrémités froides : ☐ Oui ☐ Non

Varices : ☐ Oui ☐ Non

Jambes lourdes : ☐ Oui ☐ Non

Oedème / rétention d'eau : ☐ Oui ☐ Non

Immunitaire



Naissance : ☐ Voie basse ☐ Césarienne

Allaité : ☐ Oui ☐ Non Combien de temps :

Tendance aux pathologies ORL fréquentes : ☐ Oui ☐ Non Type :
Fréquence :

Maladies auto-immune : ☐ Oui ☐ Non Type :

Allergie : ☐ Oui ☐ Non

Virus connus : ☐ Herpès ☐ Epstein Barr ☐ Varicelle

Maux de tête



☐ Oui ☐ Non

Type : ☐ Céphalées ☐ Migraine ☐ Migraine ophtalmique ☐ Névralgie

Cause avérée ou probable : ☐ Tension ☐ Stress ☐ Cervicales ☐ Autres :

Durée : Circonstances d'apparition :

Symptômes associés : ☐ Aura ☐ Nausée ☐ Vomissement ☐ Autres :

Calmé par :

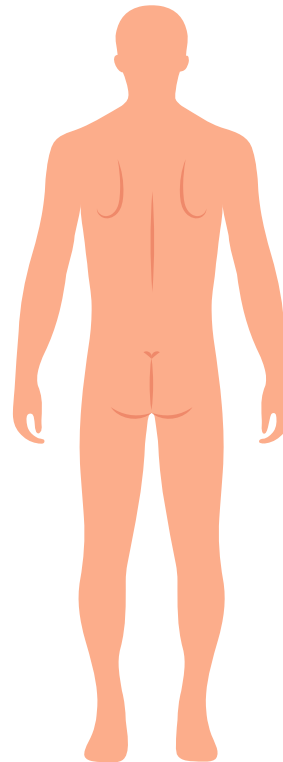
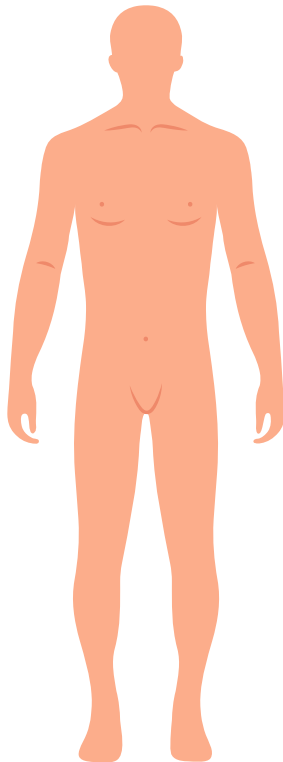
Autres observations

Appareil locomoteur

- ☐ Arthrose ☐ Ostéoporose ☐ Douleurs ligamentaires / tendineuses
☐ Crampes ☐ Raideur articulaire ☐ Douleurs musculaires



Localisation des douleurs dans le corps, quelle qu'elles soient



Précisions / Observations

Système nerveux / émotionnel

- La personne se sent-elle stressée ?** ☐ Oui ☐ Non
☐ Stress chronique ☐ Angoisse ☐ Anxiété ☐ Crises d'angoisse



Motifs du stress : -

-
-

État d'esprit actuel / Ressenti : -

-
-

- Système nerveux :** ☐ Difficultés à trouver ses mots ☐ Troubles de la concentration
 ☐ Troubles de la mémoire Non

Observations :

Système hormonal



Fatigue des surrénales : ☐ Oui ☐ Non

Troubles thyroïdiens : ☐ Suspecté ☐ Avéré ☐ Non

Féminin :

Contraception : ☐ Oui ☐ Non

Type : ☐ Pilule ☐ Stérilet ☐ Implant ☐ Autre :

Cycle hormonal : ☐ Régulier ☐ Irrégulier

Règles : ☐ Faibles ☐ Moyennes ☐ Abondantes ☐ Douloureuses

Syndrome prémenstruel : ☐ Oui ☐ Non

☐ Douleur au ventre ☐ Douleur aux seins ☐ Troubles digestifs ☐ Troubles de l'humeur

☐ Troubles de la libido ☐ Autre :

Ménopause : ☐ Oui depuis : ☐ Non ☐ Préménopause depuis :

☐ Prise de poids ☐ Bouffées de chaleur ☐ Sueurs nocturnes ☐ Brouillard cérébral

☐ Sécheresse vaginale ☐ Troubles de la libido ☐ Autre :

La personne est-elle sujette aux infections génitales : ☐ Oui ☐ Non

☐ Mycose ☐ Infections bactériennes

Masculin :

☐ Andropause ☐ Troubles érectiles ☐ Autres troubles sexuels :

Observations :



Energie vitale estimée



1

2

3

4

5

6

7

8

9

10



Autre chose à ajouter ?

Synthèse

Signes de déséquilibre relevés

Habitudes de vie à corriger

Priorités d'action

- | | |
|--|---|
| ☐ Système immunitaire / Processus inflammatoire | ☐ Équilibre psycho-émotionnel |
| ☐ Equilibre acido-basique / Homéostasie / Métabolisme | ☐ Intégrité de l'appareil locomoteur |
| ☐ Détoxification | ☐ Digestion / Absorption / Microbiote / Perméabilité intestinale |
| ☐ Régulation hormonale | ☐ Autre : |
| ☐ Stress oxydatif | |

Résumé succinct des conseils