Merci de noter ici les troubles rencontrés et de préciser l'objectif principal donné à votre séance de Naturopathie

.....

.....

.....

SYSTEME ORL
o Douleurs ou infections chroniques
o Acouphènes, diminution de l'audition
o Nez bouché, qui coule
o Eternuements
o Toux chronique
o Mal de gorge, perte de voix

SYSTEME OSTEO-MUSCULAIRE
o Douleurs articulaires
o Douleurs musculaires
o Douleurs tendineuses
o Raideurs musculaires
o Arthrose
o Arthrite

SYSTEME CIRCULATOIRE
o Hyper ou Hypotension artérielle
o Hypercholestérolémie / Hyperglycémie
o Jambes lourdes
o Pieds ou mains froides
o Engourdissement / fourmillements
o Hémorroïdes
o Œdème cheville ou mains
o Rétention d'eau / Cellulite

SYSTEME CEREBRAL
o Mauvaise mémoire
o Problème de concentration
o Oubli de certains mots, chercher ses mots
o Confusion
o Difficulté d'apprentissage
o Déprime, dépression

SYSTEME NERVEUX
o Nervosité, irritabilité
o Troubles du sommeil : endormissement/réveils nocturnes
o Grande sensibilité à l'environnement
o Spasmes, courbatures
o Anxiété, angoisse, inquiétude, peur
o Vertiges, lipothymie, syncope

SYSTEME CARDIO-PULMONAIRE
o Pouls irrégulier, extrasystoles
o Douleur à la poitrine
o Asthme, bronchite
o Difficultés à respirer
o Essoufflements
o Sifflements

SYSTEME CUTANE
o Transpiration abondante ou nulle
o Plaques, éruptions
o Peau très sèche ou très grasse
o Boutons, acné Rougeur
o Prurit, eczéma, psoriasis

SYSTEME DIGESTIF
o Troubles du transit, constipation/diarrhée
o Ballonnements, gaz
o Brûlures d'estomac
o Spasmes de l'estomac / Spasmes coliques
o Nausée, vomissements

SYSTEME URO-GENITAL
FEMME
o Brûlures urinaires, infections urinaires
o Pertes vaginales
o Saignement vaginaux anormaux
o Menstruations inhabituellement longues ou abondantes
o Démangeaison, brûlures, irritations, sécheresse
o Incontinence urinaire
o Syndrome prémenstruel

HOMME
o Besoin d'uriner souvent, surtout la nuit
o Besoin pressant ou soudain d'uriner
o Jet d'urine faible ou lent
o Difficulté à commencer à uriner et ou effort pendant la miction
o Jet d'urine qui s'interrompt

Habitudes alimentaires

- **Régime particulier ?**
- **Nombre de repas par jour :** **- Collation(s) :**
- **Etes vous plutôt : Salé ou Sucré ? // Cru ou Cuit ? // Féculent ou Légume ?**

- **Quantité de légumes consommée par jour** (1 portion de légume = dans 2 mains creuses) **:**
- **Quantité de fruits consommée par jour** (1 portion de fruit = taille du poing fermé) :
  - **A quel moment de la journée ?**

- **Produits laitiers ? O / N** **Si oui, plutôt : brebis /chèvre ou vache**
  - **Combien de fois par jour : lait // Fromage //Yaourt //Crème**
- **Apports en Protéines par semaine : Viandes Rouges //Viandes Blanches : //Poissons : //Œufs : //Légumineuses :**

- **Temps de repas moyen :** **Devant un écran : O / N**
- **Pensez-vous mastiquer suffisamment ? O / N**
- **Quel type de cuisson utilisez-vous : Four Poêle A l'eau Vapeur A l'étouffée Micro onde**
- **Cuisinez-vous ? : Pas ou peu / régulièrement / quotidiennement**
- **Type de produits transformés utilisés :**
- **Achetez vous des produits plutôt Biologique ? O / N**

- **Quantité d'eau consommée par jour :** **Plutôt : Plate ou Gazeuse** **Plutôt : A table / en dehors des repas**
- **Nombre de café(s) par jour :** **// Alcool par semaine :** **//Autres Boisson :**

- **Fréquence de consommation de produits riches en sucre (sodas et jus de fruits, biscuits, viennoiseries, confiseries...) :**
- **Grignotages : O / N - Si oui de quel type :** **- A quel moment de la journée :**
- **Féculents les plus utilisés et à quelle fréquence:**
- **Huile(s) utilisé(es) : cuisson ?** **assaisonnement ?**

- **Composition de vos repas pour les 3 derniers jours :**

	J-1	J-2	J-3
* Petit déjeuner			
* Déjeuner			
* Dîner			