

Quels médicaments prenez-vous présentement?

Médicament	Depuis	Effets défavorables?
1.		
2.		
3.		

Quels traitements ou Régime suivez-vous présentement?

Traitement ou Régime	Depuis	Résultats
1.		
2.		
3.		

Vaccins reçus: Prière de présenter le carnet de vaccination pour enfants vaccinés

Vaccin	Date	Effets défavorables?
1.		
2.		
3.		

Opérations subies?	Quand?	Complications?
1.		
2.		

Blessures majeures subies?	Quand?	Effets à long terme?
1.		
2.		
3.		

*****Cette section est très importante. Si nécessaire, appelez votre pharmacien ou médecin pour retracer les dates, svp.**

Indiquez l'année et le mois, si possible, où vous auriez souffert des troubles suivants. Le début des symptômes est plus important que celui du diagnostic.

Abcès	Epilepsie	Maladie rénale	Sinusite
Alcoolisme	Fausse couche	Malaria	Syphilis
Allergies	Fièvre jaune	M.T.S.	Typhoïde
Amygdalites	Goître	Mononucléose	Tuberculose
Anémie	Gonorrhée	Oreillons	Infection urinaire
Arthrite	Goutte	Otite	Vaginite
Asthme	Grippe	Parasites	Varicelle
Boulimie	Hépatite	Pleurésie	Vers
Calcul biliaire	Herpès buccal	Pneumonie	Verrues
Condylomes	Herpès génital	Prostatite	Zona
Coqueluche	Infarctus	Rhumatisme articulaire	Cancer
Dépression	Infection de la gorge	Rhume des foins	Brochites
Diabète	Leucémie	Rougeole	Ménopause
Emphysème	Maladie cardiaque	Rubéole	Autres troubles?
Endométriose	Maladie de la peau	Scarlatine	

Avez-vous déjà pris des antibiotiques de façon prolongée ou répétitive?
Si oui, **quand ?** Pour **quelle cause?**

Avez-vous subi une perte ou un gain de poids?
Oui Non Combien?

Quels exercices faites-vous?

Exercices:

Fréquence:

- 1.
- 2.
- 3.

Combien des substances utilisez-vous? Spécifier la quantité par jour ou par semaine.

Tabac

Alcool:

Café:

Thé:

Drogues:

Indiquez le nombre de:

Grossesse:

Enfants:

Avortements:

Cochez les maladies qui ont affecté votre parenté:

Alcoolisme	Dépression	Maladies cardiaques	Syphilis
Allergies	Diabète	Maladies de la peau	Troubles mentaux
Arthrite	Epilepsie	Paralyse	Tuberculose
Asthme	Gonorrhée	Pneumonie	Autres?
Cancer	Goutte	Rhume des foies	

Historique de santé dans la famille :

Membre de la Famille	Âge si vivant	Âge au décès	Maladies majeures
Mère			
Père			
Soeurs			
Frères			
Gd-mère maternelle			
Gd-père maternel			
Gd-mère paternelle			
Gd-père paternel			
Oncles et tantes si maladies majeures			

À quand remonte votre dernier examen médical complet?

Êtes-vous sous les soins d'un médecin?

Qui?

Pour quelles maladies?

Traitements

Résultats?

1.

2.

Avez-vous déjà été traité en Homéopathie?

Nom de l'homéopathe? Pour quelles maladies? Traitements et Résultats?

1.

2.



2e partie du questionnaire

*** Vous pouvez copier sur document word si vous avez besoin d'espace supplémentaire mais ces questions seront approfondies en consultation.

Si vous répondez directement sur l'ordinateur avant d'imprimer, prière d'utiliser une couleur ou une police différente afin qu'il soit facile de distinguer les questions des réponses.

À propos de vos symptômes

-Depuis quand souffrez-vous de vos symptômes? Année

(Pour chacun de vos troubles de santé, quand ont-ils débuté? L'année, le mois, la date, si possible.

Dans quelles circonstances sont apparus vos symptômes? À la suite de quoi ?

Décrivez vos symptômes tels qu'apparus la première fois ?
(De quel côté, quel type de douleurs, qui ont évolué de telle façon?)

-Qu'est-ce qui aggrave et soulage vos symptômes?
(Que faites-vous spontanément pour soulager votre état? Qu'est-ce qui peut faire apparaître les symptômes?)

Remarquez-vous un état général ou émotionnel particulier pendant vos symptômes?

Les symptômes vous mettent-ils dans état particulier?

Autres détails entourant vos symptômes? Avez-vous remarqué des changements au niveau de votre appétit, de vos désirs alimentaires, de vos sensibilités aux climats, de votre sommeil depuis ?

Aliments et appétit

En général, quels sont vos désirs ou rages alimentaires intenses ?
(Bon ou pas pour la santé) **Qu'aimez-vous manger par-dessus tout ?**

Quels sont les aliments et condiments dont vous avez du mal à vous passer?

Avez-vous fréquemment besoin d'ajouter certains condiments à vos repas?
(Épices piquantes, vinaigre, citron, sel, poivre, sucre, ketchup ? Lesquels?)

-Quelles sont vos aversions, dégoûts alimentaires ?

-Souffrez-vous d'allergies ou d'intolérances alimentaires?

Réactions digestives ou allergies sévères ? À quels aliments ?

-Comment est votre appétit? Avez-vous faim à des heures précises ou même la nuit ?

-Avez-vous une préférence ou une sensibilité à la température des aliments?

Boissons et soif

Comment est votre soif ? Le jour, la nuit ?

Désirs ou intenses aversions de boissons ?

Avez-vous une préférence ou une aversion à la température de vos boissons?

Digestion

-Comment est votre digestion?

-Comment sont vos selles et vos urines

(Selles trop fréquentes ou rares, dures ou molles, transit douloureux?)

Climat

Quelles sont vos sensibilités et réactions particulières aux différents climats? Quel type de climat aimez-vous ou détestez-vous? Réactions? (Saisons, orage, pluie, soleil, chaleur, humidité, air froid ou chaud, vent fort...)

Température corporelle

Comment est la température de votre corps? (Êtes-vous très frileux, souffrez-vous de chaleurs, de transpirations excessives?)

À quel moment du jour ou de la nuit?

À quelle partie du corps?

Depuis quand?

Cycle menstruel (Présent ou passé)

L'âge de vos premières menstruations?

Comment est votre cycle menstruel? Douleurs et intensité ?

Syndrôme prémenstruel? À quoi êtes-vous particulièrement sensible pendant le SPM ?

Sommeil

Comment est la qualité de votre sommeil?

Comment est votre endormissement ?

Comment est votre énergie au réveil ?

Avez-vous des besoins particuliers pour bien dormir?

(Fenêtres ouvertes, même en hiver, être totalement couvert et au chaud, ou totalement découvert et au frais, ventilation même l'hiver? silence complet ou léger bruit, position spécifique ou totalement inconfortable ?)

Une position préférée ou totalement inconfortable?

Comment est votre énergie au réveil?

Êtes-vous somnambule? Vous parlez, riez pendant votre sommeil?

Autres particularités liées à votre sommeil ?

Rêves

Quels sont ou ont été les rêves récurrents ou marquants dans votre vie?

Des rêves marquants mais pas forcément récurrents ? Oubliez-vous toujours vos rêves ?

Avez-vous remarqué un cycle particulier de votre énergie dans une journée? À quelle heure est-elle au plus bas et au plus haut?

Émotions

Qu'est-ce qui vous bouleverse, émotionnellement? À quoi êtes-vous sensible? Quel type d'événement peut totalement bouleverser ou changer votre état d'âme dans une journée? Qu'est-ce qui peut vous faire pleurer, vous mettre en colère, provoquer une émotion soudaine et forte par exemple ?

Quelles sont les émotions que vous vivez fréquemment?

(Colère, peine, peur, désespoir, joie intense, inquiétude, humiliation, anxiété...?)

Quels ont été les événements les plus marquants de votre vie?

Événements heureux ou difficiles. Pourriez-vous les décrire?

Qu'est-ce qui vous intéresse, vous passionne ?

Quels sont les films, livres, émissions, chansons qui vous touchent fortement, au point même de pleurer ou de ressentir une émotion très vive ? À n'importe quel moment de votre vie.

Merci, c'est la section des questions est terminée.
Vous pouvez lire et signer la section suivante et les informations plus bas.

Lorsque vous ne pouvez vous présenter à un rendez-vous, un avis de 24 heures m'est nécessaire afin d'allouer ce temps à une autre personne. Sans avis d'annulation de 24 heures, la consultation vous sera facturée.
Ingrid Schutt

***J'ai lu et pris connaissance des conditions d'annulation de rendez-vous d'Ingrid Schutt**

Signature: _____

**** Ce qu'il faut savoir sur la consultation.**

Si vous n'avez pas eu le temps de survoler mon site Internet Homeopathe.ca et que vous n'êtes pas familier avec l'homéopathie, voici quelques points importants sur la consultation homéopathique.

— **Pour les femmes :** Si vous consultez juste avant ou pendant vos règles, prière de le mentionner pendant la consultation car la façon de prendre le remède peut varier.

— Le but de la consultation est de déterminer le remède qui vous convient.

L'homéopathie étant une médecine de précision, d'individualisation, 20 personnes souffrant d'un mal de tête, par exemple, peuvent guérir avec un remède différent qui sera identifié **selon la cause** de la douleur (effet secondaire à un médicament, coup à la tête, coup de soleil, coup d'alcool, empoisonnement alimentaire, déséquilibre hormonal, stress, peur, chagrin, colère...) et l'état global (agitation, léthargie, manque de concentration, insomnie, troubles x de digestion pendant le mal de tête, etc).

Il en va de même pour chaque trouble de santé. Déterminer la causalité et comprendre l'état global de la personne et le remède auquel il correspond est essentiel dans le traitement homéopathique.

La consultation est un processus dans lequel votre implication est essentielle.

***** IMPORTANT: Pendant tout votre traitement homéopathique, pendant toute la période de la prise des remèdes, tant que votre état d'équilibre ne sera pas bien renforcé, il est important d'éviter tout contact (nourriture, tisane, crème, huile essentielle, gomme, dentifrice) avec la **menthe poivrée, le menthol, le camphre et l'eucalyptus** qui peuvent anti-doter les remèdes et éliminer leur effet curatif. Utilisez un dentifrice sans menthe tout au long du traitement, au moins jusqu'à notre prochaine rencontre.**

******Vous pouvez recevoir mes conseils santé sur FaceBook**

IngridHomeopathe en plus d'en fait la demande à la première page de cette fiche d'inscription.

Merci d'avoir pris le temps de répondre aux questions. Au plaisir de vous rencontrer en consultation.