

QUESTIONNAIRE DE VITALITE

Nom :

Date de naissance :

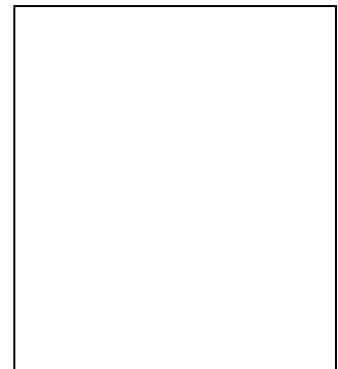
Poids (kg) :

Taille (cm) :

Date :

Adresse :

Téléphone portable :



PHOTO

Histoire médicale :

Expliquez les raisons qui motivent une consultation :

- 1.
- 2.
- 3.

Expliquez rapidement votre état de santé actuel et votre histoire médicale et chirurgicale passée :

Prenez-vous ou avez-vous pris des médicaments ?

Si oui, lesquels ? Quelle dose ? Depuis quand ?

Merci d'amener tous vos médicaments à la première consultation.

Fumez-vous ?

Si oui, combien de cigarettes par jour ?

Buvez-vous de l'alcool chaque jour ?

Si oui, combien de litres ?

Merci d'amener toutes les copies de vos précédents résultats de laboratoire ou radiologiques (scanner, IRM, échographie, ...), rapports opératoires, ECG, test d'effort, etc.

Antécédents familiaux :

Veillez indiquer quel membre de votre famille (grands-parents, parents, frères, sœurs, tante, oncle, vos enfants) souffre de :

OUI =

NON = (vide)

Côté maternel :

- Poids excessif
- Minceur
- Dépression
- Épilepsie
- Migraine
- Eczéma
- Psoriasis
- Acné
- Emphysème du poumon
- Bronchite chronique
- Asthme
- Tuberculose pulmonaire
- Enurésie (pipi au lit)
- Allergies
- Goître
- Hypertension
- Hypotension
- Rhumatisme
- Goutte
- Crise cardiaque
- Artériosclérose des jambes
- Ulcère de l'estomac
- Calculs biliaires
- Calculs rénaux
- Diabète du jeune (type 1)
- Diabète de la maturité (type 2)
- Puberté précoce = avant 12 ans
- Puberté tardive = après 15 ans
- Cancer du sein
- Cancer (préciser le type)
- Ostéoporose
- Arthrose
- Maladie de Parkinson
- Maladie d'Alzheimer

Côté paternel :

- Poids excessif
- Minceur
- Dépression
- Épilepsie
- Migraine
- Eczéma
- Psoriasis
- Acné
- Emphysème du poumon
- Bronchite chronique
- Asthme
- Tuberculose pulmonaire
- Enurésie (pipi au lit)
- Allergies
- Goître
- Hypertension
- Hypotension
- Rhumatisme
- Goutte
- Crise cardiaque
- Artériosclérose des jambes
- Ulcère de l'estomac
- Calculs biliaires
- Calculs rénaux
- Diabète du jeune (type 1)
- Diabète de la maturité (type 2)
- Puberté précoce = avant 12 ans
- Puberté tardive = après 15 ans
- Cancer de la prostate
- Cancer (préciser le type)
- Ostéoporose
- Arthrose
- Maladie de Parkinson
- Maladie d'Alzheimer

Merci de répondre sincèrement aux questions suivantes :

Section 1

Souffrez-vous de :

1. Chevelure plus fine ?
2. amincissement de la peau ?
3. ongles avec des lignes longitudinales ?
4. un visage avec des rides profondes ?
5. poches sous les yeux ?
6. affaissement des joues ?
7. lèvres plus fines ?
8. gencives rétractées ?
9. amincissement de la mâchoire (os moins épais) ?
10. peau lâche sous le menton ?
11. affaissement de la silhouette ?
12. affaissement du dos ?
13. perte de poids ?
14. poids excessif (ou même obésité) ?
15. perte musculaire au niveau des épaules ?
16. triceps tombant (muscle à l'arrière du bras) ?
17. paumes des mains ridées ou moins musclées (atrophées) ?
18. hanches moins musclées ou moins puissantes ?
19. fesses moins musclées ?
20. bord interne des cuisses plus gras ou tombant ?
21. ventre mou et tombant ?
22. coussins de graisse juste au-dessus des genoux ?
24. qualité de la vie inférieure à celle de la jeunesse ?
25. une moins bonne santé ?
26. maladies plus fréquentes ?
27. infections récidivantes ?
28. un appétit diminué pour la viande ?
29. vos muscles sont : moins toniques ?
30. diminués en volume ?
31. moins puissants ?
32. épuisement physique / sportif plus rapide ?
33. fatigue constante ?
34. difficulté à rester éveillé après minuit ?
35. difficulté à récupérer après être resté éveillé après minuit ?
36. un besoin augmenté / anormal de sommeil ?
37. une faible endurance à l'effort ?
38. difficulté à récupérer après une situation stressante ?
39. un sentiment d'impuissance ?
40. une baisse de votre assurance ou fermeté de caractère ?
41. émotivité augmentée ?

- 42. une perte de contrôle de vos émotions ?
- 43. variations/sautes d'humeur ?
- 44. une baisse d'estime de soi ?
- 45. impatience exacerbée ?
- 46. dépression ?
- 48. une intolérance au froid ?
- 51. musculature fine durant l'enfance ?
- 52. os fins durant l'enfance ?
- 53. une tendance à s'isoler socialement (préférer rester seul à la maison) ?
- 54. une voix plus aiguë, plus criante ?
- 55. tempérament plus critique (reproches acerbes plus fréquents) ?
- 56. arthrose aux articulations suivantes :
 - cou ?
 - doigts ?
 - épaules ?
 - genoux ?
 - hanches ?
 - pieds ?
- 57. ostéoporose ?
- 58. difficulté à manquer / sauter un repas ?

Section 2

Souffrez-vous de :

- 1. un sommeil léger ?
- 2. difficulté à vous endormir ?
- 3. réflexion agitée sur des problèmes la nuit ?
- 4. tendance à aller tard au lit et à se réveiller tard le matin ?
- 5. jet lag difficile à supporter ?
- 6. réveil trop tôt avec une tête lourde le matin ?
- 7. somnolence prolongée le matin ?
- 8. rêves abondants ?
- 9. absence de rêve ?
- 10. ronflements ?
- 11. miction la nuit ? (urine une fois par nuit ? plus ?)

Section 3

Souffrez-vous de :

- 1. sensibilité / intolérance au froid ?
- 2. frilosité le soir ?
- 3. mains froides ?
- 4. doigts blancs ou violets en hiver ?
- 5. pieds froids ?

6. besoin accru de couvertures ?
7. mauvaise circulation sanguine ?
8. fatigue constante ?
9. fatigue matinale au lever ?
10. fatigue au repos sans bouger ?
11. vitalité réduite ?
12. apathie ? (manque d'énergie)
13. somnolence diurne ?
14. lenteur d'action ?
15. distraction ? (vagabondage mental)
16. déprime chronique ?
17. mal de tête autour des yeux ?
 sur les côtés ?
 derrière la tête ?
 la tête entière ?
18. migraine ?
Si oui avec nausée ?
 vomissement ?
 problèmes visuels ?
19. baisse de mémoire ?
20. baisse de concentration ?
21. énervement facile ?
22. irritabilité accrue ?
23. paupières gonflées ?
24. visage gonflé ?
25. mains gonflées ?
26. pieds gonflés ?
27. une tendance à grossir facilement ?
28. constipation chronique ?
29. un faible appétit ?
30. un appétit exagéré ?
31. digestion lente / difficile (estomac lourd) ?
32. intolérance aux graisses ?
33. ballonnements / gonflement du ventre après les repas ?
34. brûlure d'estomac (reflux acide) ?
35. saignement de nez ?
36. palpitations cardiaques lentes ?
37. souffle court ?
38. crampes musculaire la nuit : aux pieds ?
 aux mollets ?
 aux mains ?
41. syndrome du tunnel carpien ?
42. articulations raides le matin en sortant du lit ?
43. douleurs articulaires ? où ?
44. douleurs articulaires aggravées par temps froid et humide ?

- 45. une voix rauque le matin ?
- 46. bourdonnements / sifflements d'oreilles ?
- 48. surdité ?
- 49. rhume / nez bouché ?
- 50. mal de gorge ?
- 51. bronchite ?
- 52. une peau sèche sur : le visage ?
- 53. les coudes ?
- 54. les jambes ?
- 55. une faible transpiration ?
- 56. ongles cassants ?
- 57. croissance lente des ongles ?
- 58. perte diffuse de cheveux ?
- 59. croissance lente de la chevelure ?
- 60. faible fréquence urinaire ?
- 61. soif modérée ?
- 62. souffrez-vous plus de : l'hiver ? l'été ?
- 63. souffrez-vous plus : en montagne ? à la mer ?
- 64. disparition du bord externe des sourcils ?
- 65. verrues ?
- 66. mycoses sous les ongles ?

Section 4

Souffrez-vous de :

- 1. un sentiment permanent de chaleur excessive ?
- 2. transpiration excessive ?
- 3. soif excessive ?
- 4. faim exagérée ?
- 5. perte de poids malgré un bon appétit ?
- 6. nervosité ou excitation anormale ?
- 7. impatience ou agressivité anormale ?
- 8. un sentiment du tremblement intérieur ?
- 9. palpitations ou arythmie rapides du cœur ?
- 10. cernes foncées sous les yeux ?
- 11. lignes de la main foncées ?
- 12. chute de pression artérielle ou de vertige en vous levant rapidement ?
- 13. perte de poils sous les aisselles ou au pubis ?
- 14. pellicules ?
- 15. transpiration des pieds ou des paumes de main ?
- 16. un besoin urgent d'aller aux WC dans l'heure qui suit une boisson ? (difficulté à retenir l'eau dans le corps)
- 17. un besoin de manger salé ?

Section 5

1. A quelle fréquence allez-vous à la selle ?
2. Comment est-ce ?
 - foncé ?
 - flottant ?
 - collant ?
 - odeur fétide?
 - dur ?
 - mou ?
 - liquide ?
3. Avez-vous des urines foncées ?
4. Urine qui mousse ?
5. Eruption cutanée ou eczéma après avoir consommé certains aliments ? Lesquels ?

Vous souffrez de :

1. une apparence physique plus âgée ?
2. un désintérêt pour votre apparence vestimentaire ?
3. une allure plus voûtée ?
4. une perte d'audition ?
5. un problème visuel : difficulté à lire de près ?
6. difficulté à voir de loin ?
7. une vue faible, brumeuse ?
8. saignement des gencives ?
9. abcès dentaire ?
10. perte de dents ? combien ?
11. port d'une prothèse dentaire ou d'implants dentaires ou amalgames (plombages) ?
12. difficulté à respirer ?
13. douleurs dans la poitrine à l'effort ou à l'exercice ?
14. douleurs articulaires :
 15. à la nuque ?
 16. au milieu du dos ?
 17. bas du dos ?
 18. doigt / mains / poignet ?
 19. coudes ?
 20. épaules ?
 21. orteils / mains / chevilles ?
 22. genoux ?
 23. hanches ?
24. une fatigue chronique ?
25. une récupération difficile après un exercice physique ?
26. une baisse de dynamisme / augmentation de passivité ?
27. déprime toute la journée ?
28. une baisse de mémoire ?
29. bouffées de chaleur ?
30. transpiration excessive : la nuit ?
 le jour ?
 à l'effort ?
31. yeux secs ?
32. bouche sèche ?
33. vagin sec ?
34. douleur pendant les rapports ?
35. une peau pâle ?
36. rides: sur le front ?
37. autour des yeux ?
38. autour de la bouche ?

39. sur la paume des mains ?
40. diminution de la pilosité ? (surtout le bord externe des mollets)
41. perte de cheveux ?
42. petits seins ?
43. seins tombants ou flasques ?
44. cystites ou mycoses vaginales ?
45. incontinence urinaire ?
46. première menstruation ?
 avant 12 ans ?
 entre 12-15 ans ?
 après 15 ans ?
47. ménopause : quand ?
 avant 48 ans ?
 entre 48 et 52 ans ?
 après 52 ans ?
48. cycle menstruel irrégulier ? ____ jours Non ()
 cycle trop court (26 jours ou moins)
 cycle trop long (32 jours ou plus)
49. déprime les jours avant les règles ?
50. menstruation avec crampes abdominales violentes ?
51. saignement important ?
52. douleur à l'ovulation (dans le bas-ventre)
53. avant vos règles: seins gonflés et douloureux ?
54. ventre ballonné et douloureux ?
55. saute d'humeur, irritabilité ?
- 55b. envie de nourriture sucrée ?
56. seins agrandis ?
57. kyste dans les seins ?
58. kyste dans les ovaires ?
59. fibrome ou polype dans l'utérus ?
60. endométriose ?
61. comportement irritable ?
62. anxiété (manque de sérénité) ?
63. trop d'émotivité ? (trop sensible)
64. trop rigide mentalement ?
65. faible endurance à l'exercice physique ? (sports)
66. perte de désir sexuel ? (libido)
67. perte de satisfaction sexuelle ? (orgasme)
68. relâchement musculaire aux: bras ?
69. jambes ?
70. perte de force musculaire ?
71. excès de graisse aux endroits suivants : seins ?
72. ventre ?
73. hanches, fesses ?
74. cuisses (cellulite) ?

75. une peau qui brûle facilement au soleil ?
76. veines variqueuses ? (varices)
77. si oui, sont-elles douloureuses ?
78. hémorroïdes ?
79. bleus / ecchymoses facilement ?
80. difficulté à bien cicatriser ?
81. cellulite ?
82. combien d'enfants avez-vous ?
83. combien de grossesses avez-vous eu ?
84. combien d'avortements thérapeutiques (IVG) ?
85. combien de fausse-couches ? (avortements spontanés)
86. accouchement avant terme ?
87. des complications pendant une grossesse ?
 diabète sucré ?
 tension artérielle élevée ?
88. vergetures (marques cutanées) pendant la grossesse ?
89. grossesse gémellaire ?
90. présentation par le siège à la naissance ?
91. Césarienne à la naissance ?
Si oui, pourquoi ?
 bébé de poids excessif ?
 présentation par le siège ?
 mauvaise position du placenta ?
 raison personnelle (esthétique ou de confort) ?
92. Avez-vous eu une ligature des trompes ? (stérilisation chirurgicale)
93. Avez-vous un dispositif intra-utérin (stérilet) ?

si oui, quel type (avec ou sans hormones) ?
94. Avez-vous eu une hystérectomie (ablation de l'utérus) ?

Si oui, pourquoi ?
95. Fécondation in vitro (FIV) ?

Section 6

POUR LES HOMMES SEULEMENT

Souffrez-vous de :

1. une apparence plus âgée ?
2. une perte d'intérêt pour votre allure vestimentaire ?
3. stature moins tonique, voire effondrée ?
4. graisse excessive sur: pectoraux ?
5. ventre ?
6. fesses ?
7. fatigue chronique ?
8. récupération physique difficile ?
10. constamment déprimé ?
11. moins dynamique, plus passif qu'avant ?
12. perte de mémoire ?
13. baisse de créativité ?
14. perte d'organisation / d'ordre, négligence ?
15. irritabilité ?
16. trop d'émotivité ?
17. rigidité psychologique (difficulté à s'adapter à de nouvelles situations) ?
18. grisonnement des cheveux ?
19. perte de cheveux ?
20. croissance de la barbe diminuée ?
21. pilosité diminuée sur : le torse ?
22. le ventre ?
23. les jambes ?
24. perte d'audition ?
25. difficulté : à lire (presbytie) ?
26. à voir à distance (myopie) ?
27. une vue trouble (cataracte) ?
28. saignements de gencives ?
29. abcès dentaire ?
30. perte de dents ? combien ?
31. port de prothèse dentaire (supérieure ou / et inférieure) ?
32. yeux secs ?
33. bouche sèche ?
34. une peau pâle ?
35. coup de soleil facilement (peau brûle au lieu de bronzer) ?
36. rides : sur le front ?
37. autour des yeux ?
38. autour de la bouche ?
39. sur les paumes de main ?
40. battements lents du cœur ?
41. souffle court à l'effort ?
42. douleur cardiaque à l'effort ou lors d'exercice ?

43. hémorroïdes ?
44. varices ? (veines variqueuses)
45. si oui, sont-elles douloureuses ?
46. un besoin de cesser de marcher en raison de la douleur aux mollets ?
47. ulcères cutanés aux chevilles ou aux orteils ?
48. bleus / ecchymoses facilement ?
49. difficulté à bien cicatriser ?
50. relâchement musculaire aux: bras et jambes ?
51. ventre ?
52. perte de force musculaire ?
53. douleurs articulaires ?
54. douleur cervicale ?
55. douleur au milieu du dos ?
56. douleur lombo-sacrée ?
57. douleurs articulaires aux : doigts / mains / poignets ?
58. coudes ?
59. épaules ?
60. orteils / pieds / chevilles ?
61. genoux ?
62. hanches ?
63. bouffées de chaleur ou suées ?
64. transpiration intense ? quand ? nuit
- jour
- effort ?
65. difficulté à uriner (diminution de la puissance du jet urinaire)
66. fuite d'urine après miction ?
67. besoins urinaires fréquents : le jour ?
68. la nuit ?
69. brûlure en urinant ?
-
70. prostate gonflée ?
71. incontinence urinaire ?
72. perte de désir sexuel (libido) ?
73. perte de satisfaction sexuelle (orgasme) ?
74. activité sexuelle altérée : fréquence diminuée des rapports ?
75. fréquence diminuée des érections ?
76. fermeté diminuée des érections ?
77. durée diminuée des érections ?
78. fréquence diminuée des éjaculations ?
79. volume diminué des éjaculations (sperme) ?