



**Catherine Vayssiere**

Educatrice de santé en Ayurvéd, yoga-thérapeute

06 84 33 18 10

[catherine.vayssiere@orange.fr](mailto:catherine.vayssiere@orange.fr)

94 bis rue Fleurie

37 540 St Cyr sur Loire

---

## BILAN DE SANTE ET DINACHARYA



## QUESTIONNAIRE

Veillez prendre le temps de compléter ce questionnaire afin que je puisse procéder à l'évaluation de votre constitution. Toutes les réponses aux questions resteront strictement confidentielles selon le code de déontologie du praticien en Ayurveda.

*Ces informations se réfèrent à la « médecine-ayurvédique de l'Inde » et ne s'apparentent en aucun cas au système médical français. Elles ne peuvent donc en aucun cas remplacer l'avis d'un médecin ou d'un praticien de santé dûment qualifié. L'objectif n'est pas de traiter, de diagnostiquer, ni de prescrire des plantes médicinales, ni des médicaments.*

*Je soussigné(e), Madame, Monsieur, ai été dûment informé(e) que cet entretien de santé n'est en aucune façon un substitut aux consultations et prescriptions de mon médecin traitant. Le (La) consultant(e) en Ayurveda me recommande de suivre scrupuleusement et en conscience les recommandations de mon médecin et de faire tous les examens de contrôle nécessaires afin de préserver ma santé.*

*De ce fait en signant ci-après, je décharge le (la) consultant(e) en Ayurveda de toute responsabilité quant à mon état de santé après l'entretien de ce jour.*

*Date et Signature :*

Nom et prénom :	Adresse :
Age :	Situation matrimoniale :
Sexe : M          F	Numéro de téléphone :
Nombre d'enfants :	Email :
Age des enfants :	Profession :

**I. Thème sur vos attentes**

☒ Problèmes principaux sur lesquels vous souhaiteriez un accompagnement :

- .....
- .....
- .....

☒ Depuis quand ces problèmes sont-ils apparus ?

- .....

☒ Avez-vous fait un diagnostic médical à ce sujet ? si oui, quels traitements suivez-vous ?

- .....

☒ Antécédent médicaux :

- .....

<u>Cancer</u> : Oui Non Si oui, précisez.....	<u>Maladie de la thyroïde</u> : Oui Non
<u>Hépatite</u> : Oui Non	<u>HIV</u> : Oui Non
<u>Maladie de cœur</u> : Oui Non	<u>Pression artérielle</u> :
<u>Diabète</u> : Oui Non	<u>Rhumatisme</u> : Oui Non
<u>Cholestérol</u> : Oui Non	<u>Opérations</u> :
<u>Allergies</u> : Oui Non	<u>Traumatisme</u> : Oui Non

☒ Est-ce que vous avez un programme d'exercices physiques réguliers ? lequel (s) et combien d'heures par semaine ?

- Activité :.....
- Nombre d'heure par semaine : .....

☒ Listez les médicaments, vitamines ou compléments alimentaires ces 3 derniers mois, et indiquez la raison :

- .....
- .....

☒ Antécédent médical familial :

- Père : .....
- Mère : .....

## II. Thème sur vos habitudes alimentaires

☒ Avez-vous déjà suivi un programme diététique particulier, si oui pour quelle(s) raison ?

- .....
- Décrivez le programme alimentaire :.....

☒ Veillez décrire vos habitudes alimentaires quotidiennes :

Petit déjeuner	Déjeuner	Dîner
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Boisson :</li> <li>• Menu :</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Boisson :</li> <li>• Entrée :</li> <li>Plats :</li> <li>Dessert</li> </ul> <p>Quel est l'aliment principal :</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Boisson :</li> <li>• Entrée :</li> <li>Plats :</li> <li>Dessert</li> </ul> <p>Quel est l'aliment principal :</p>

Encas du matin : .....

Goûté : .....

- Crudités : Oui ou Non
- Types et quantité de liquides absorbés/par :
- Epices : Oui ou Non (si oui à quelle fréquence et dans quel cas) :
- Temps de préparation des repas :
- Nombre de repas non végétariens par semaine :
- Nombre d'apéritifs par semaine :
- Choix des desserts :
- A quel moment de la journée avez-vous le plus faim :
- Surgelés : oui / non
- Conserves : oui/ non
- Nourriture bio : oui/non

☒ Dans quels magasins faites-vous vos courses ? combien de fois par semaine ?

- .....
- .....
- .....

☒ Qu'avez-vous dans vos placards de cuisine ? dans votre réfrigérateur ?

- .....
- .....
- .....
- .....

### III. Thème sur vos émotions et la psychologie

☒ Vos émotions les plus courantes : (entourez 3 émotions positives et 3 émotions négatives qui vous correspondent le plus)

Joie	Peur	Tristesse	Colère	Impatience
Solitaire		Sociable	Confiance	Courage
Ambitieux	Tolérant		Tourné vers le passé	Aventurier
	Casanier		Pardonne facilement	Confus
Attachement		Coupe les liens facilement		Sens de l'engagement
Créatif		Dépression	Léthargie	Irritable
Leader	Craintif	Anxieux	Autoritaire	Patient
			Généreux	
Contrôle		Dominant	Influçnable	Déterminé
Indécis	Joueur	Humour	Centré	Stressé
Protecteur		Besoin des autres	Aime le changement	
Besoin de sécurité			Besoin de réalisation professionnelle	
Optimiste	Pessimiste		Jaloux	Matérialiste

**IV. Thème sur vos habitudes :** Évaluez de 1 à 10 sachant que 10 est la note maximum, indiquant une grande quantité.

Alcool	
Thé	
Tabac	
Exercices physique	
Sommeil	
Appétit	
Médicaments	
Grignotages	
Sel	
Sucre	
Epices	
Relation sexuelle	
Niveau de stress	
Problème digestif	
Douleurs musculaires et articulaires	
Temps libre, temps relax	
Loisirs	
Satisfaction de soi	
Bien-être et massages	
Sorties entre amis	
Bonne humeur	

Indiquez la ou les zones du corps que vous sentez fragiles :

Tête : oui ou non si oui précisez la zone.....

Dos : oui ou non si oui précisez la zone.....

Jambes : oui ou non si oui précisez la zone.....

Bras : oui ou non si oui précisez la zone.....

Ventre : oui ou non si oui précisez la zone.....

Buste : oui ou non si oui précisez la zone.....

Cochez les cases qui vous correspondent en ce moment :

- Peu d'appétit
- Prise de poids
- Perte de poids
- Fatigue
- Fièvre

- Vertiges
- Saignements de nez
- Moment de la journée où vous êtes le plus en forme
- Suée nocturne
- Sommeil peu réparateur
- Perte de cheveux
- Eczéma,
- Psoriasis,
- Maladies de peau (précisez) : .....
- Démangeaisons
- Pellicules
- Difficulté à cicatriser
- Boutons, acnée

#### Yeux, dents, nez, gorge

- Mauvaise vue
- Migraine ophtalmique
- Dents fragiles
- Perte de goût
- Fatigue oculaire
- Sensation de chaleur dans les yeux
- Maux de gorge fréquent
- Douleurs aux oreilles
- Trouble olfactifs
- Problème de sinus
- Acouphènes
- Autres problèmes

#### Tête

- Maux de tête
- Nuque douloureuses
- Chocs crâniens

- Paralysie faciale
- Autres problèmes

### Cardiovasculaires

- Hypertension
- Hypotension
- Fragilité du coeur
- Douleur dans la poitrine
- Difficulté à respirer
- Phlébites
- Mains froides
- Pieds froids
- Transpiration des mains ou des pieds
- Varicosité
- Varices
- Hémorroïdes
- Impatiences dans les jambes
- Marque les bleus facilement
- Couleur bleue, violet aux extrémités des mains et pieds

### Respiration

- Bronchites
- Asthme
- Pneumonie
- Difficulté respiratoire
- Maladies des poumons : .....
- Respiration superficielle
- Sensation de souffle bloqué
- Troubles orl (rhinite, sinusite)
- allergies

### Système locomoteur

- Douleur dans la nuque
- Douleur lombaire
- Douleur épaules
- Poignets fragiles
- Genoux fragiles
- Chevilles fragiles
- Muscles faibles
- Douleurs articulaires : (où).....
- Arthroses
- Arthrites
- Ostéoporoses
- Crampes fréquentes
- Autres : (précisez).....

### Gastro-intestinal

- Nausée
- Vomissement
- Diarrhée
- Constipation
- Ballonnements, gaz
- Indigestion
- Mauvaise haleine
- Utilisation régulière de laxatifs
- Douleurs abdominales
- Remontées gastriques
- Ulcères
- Sang dans les fèces
- Fèces noires
- Autres.....

### Urino-génital

- Urination fréquente
- Douleur pendant l'urination
- Cystite
- Calculs rénaux
- Réveils nocturne pour uriner
- Sang dans les urines
- Couleur jaune foncé
- Incontinence
- Difficulté à se retenir
- Autres (précisez) : .....

### Neuro-psychologie

- Difficulté de coordination
- Anxiété
- Facilement susceptible
- Dépression
- Perte de mémoire
- Excès de colère
- Traitements pour troubles psychologiques : (lesquels et depuis ..... )
- Trouble de l'humeur
- Lunatique
- Peureux
- Mauvaises humeurs
- Impatient, irritable
- Hypersensibilité aux bruits, à la lumière, à l'humeur des gens
- Désir de suicide
- Fourmillement
- Tremblement
- Trouble de l'élocution
- Paralyse
- Tic/Toc

Autres : (précisez).....

Libido et sexualité :

Douleur prémenstruelles

Cycle irrégulier

Absence de règles

Flux très abondants

Couleur du sang : (foncé, fin, rouge, épais, caillots, sombre, .....)

Ménopause : depuis quand : .....

Contraception : (précisez laquelle et depuis ..... )

Stérilité

Difficulté à avoir des enfants

Déception de ne pas être parent

Satisfaction en amour : oui / non

Satisfaction en sexualité : oui / non