

# QUESTIONNAIRE DE SANTE



AYURVEDIC MEDICINE

---

NOM Prénom

---

Rue

---

Ville

---

Pays

---

Email

---

Tél/Mob

---

Assurance maladie  Privée  Mutuelle

---

Âge (années)

---

Date de Naissance

---

Morphologie du Corps  Mince  Moyenne

---

Poids (kilogramme)

---

Taille (centimètre)

Robuste

Pratiquez-vous la spiritualité dans votre vie?

---

Pratiquez vous le Yoga, et si oui depuis combien de temps?

---

Pratiquez-vous la Méditation et si oui depuis combien de?

---

Problèmes Actuels (Merci de mentionner en Priorité/par Ordre de gravité/Importance et la durée)

1. \_\_\_\_\_

2. \_\_\_\_\_

3. \_\_\_\_\_

Antécédents de traitement des maladies actuelles (p. Ex. Chirurgie, certaines thérapies)

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Expériences traumatiques durant l'enfance ou la puberté, accidents, interventions chirurgicales

\_\_\_\_\_

Antécédents médicaux

Hyper tension, Diabète, Jaunisse, hémorroïdes, Fistule, Ulcère, Anémie, Autres s'il y en a...

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Médicaments actuels (Merci de noter chaque médicament que vous prenez avec la durée)

Médicaments

Depuis Mois / Années

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Antécédents familiaux de maladies

Description de maladies ou de symptômes similaires dans la famille, le cas échéant ;

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

## Vos habitudes personnelles

|   |   |
|---|---|
| Appétit   |   |
| Intestins/digestion /Constipations  |   |
| Urines : couleurs, fréquences   |   |
| Sommeil   |   |
| Menstruation<br>(Cycle/Flux/Associé à la grossesse et à l'accouchement/Problèmes éventuels) |   |
| Situation familiale   |   |
| Niveau de stress  |   |
| Suivez-vous un régime?  |   |
| Aliments  | <input type="checkbox"/> Végétarien <input type="checkbox"/> Non Végétarien |
| Que prenez-vous pour le petit déjeuner? Quand?  |   |
| Que prenez-vous pour le déjeuner? Quand ?   |   |
| Que prenez-vous pour le dîner? Quand ?  |   |
| Allergie et incompatibilité avec ?  |   |
| Y a t-il des dépendances (tabagisme, alcool, médicaments)                                   |   |
| Quel métier / activités professionnelles pratiquez-vous ?                                   |   |

## Dates et résultats de vos derniers examens médicaux

(Merci d'apporter vos examens médicaux ou de nous les envoyer par email)

---

---

**Détails des Résultats d'examens effectués jusqu'à présent** (Seules les valeurs anormales avec des valeurs normales dans la tranche) (Merci d'apporter vos examens médicaux ou de nous les envoyer par email)

---

---

**Diagnostic de votre médecin traitant ou spécialiste**

---

---

# Les 3 Doshas

## La Constitution ayurvédique de votre type de corps (auto-évaluation)

En face de chaque question, répondez spontanément en cochant Vata, Pitta ou Kapha

| No | Caractéristique                                 | VATHA   |                          | PITHA  |                          | KAPHA  |                          |
|----|---|---|--------------------------|--|--------------------------|--|--------------------------|
| 1  | Constitution du Corps                           | Mince ou maigre, svelte, membres fins, hanches et épaules Étroites                                    | <input type="checkbox"/> | Harmonieux, Stature Moyenne, Sportive                                | <input type="checkbox"/> | Stature imposante, bien proportionné, Épaules Larges, Hanches fortes | <input type="checkbox"/> |
| 2  | Poids corporel/Stature                          | Faible, prend difficilement du poids/ Plutôt grande   | <input type="checkbox"/> | Moyenne, Équilibrée  | <input type="checkbox"/> | Grande robuste, Corpulent, Lourd ou petite et râblée                 | <input type="checkbox"/> |
| 3  | Endurance / force                               | Faible, pauvre  | <input type="checkbox"/> | Juste  | <input type="checkbox"/> | Haut, bon  | <input type="checkbox"/> |
| 4  | État de la peau                                 | Sec, sombre, rugueux, froid et ridé   | <input type="checkbox"/> | Douce, délicate, de rose à rouge, pigmentations                      | <input type="checkbox"/> | Souple, Grasse, blanche, pâle, lisse                                 | <input type="checkbox"/> |
| 5  | Cheveux   | Secs, couleur brun foncé à noir, bouclés  | <input type="checkbox"/> | Fins, Brun clair, roux, doux, précocement gris ou chauve             | <input type="checkbox"/> | Gras, épais, dense, sombre raides ou ondulés                         | <input type="checkbox"/> |
| 6  | Dents   | Grandes, saillantes, irrégulières (cariées).  | <input type="checkbox"/> | Modérées, Jaunâtres, décolorées, plus décolorées                     | <input type="checkbox"/> | Blanches et grandes  | <input type="checkbox"/> |
| 7  | Yeux  | petit, de couleurs foncées, noirs ou marrons, enfoncés  | <input type="checkbox"/> | Réguliers, de couleur claire, noisette, Vert, gris...                | <input type="checkbox"/> | Blancs, clairs, humides, Grands, Ronds, larges                       | <input type="checkbox"/> |
| 8  | Voix/Elocution                                  | Haut et rapide, parle beaucoup avec aisance   | <input type="checkbox"/> | Moyen - Claire, Aigu, pointu, force de conviction                    | <input type="checkbox"/> | Voix agréable et profonde, Basse, Mélodieuse, Mono tonique           | <input type="checkbox"/> |
| 9  | Mouvements intestinaux/ Digestion               | Selles sèches et dures, Tendance à la constipation, irrégulier parfois liquides et moins en quantité. | <input type="checkbox"/> | Selles molles, grasses, Élimination régulières, Sensible à l'acidité | <input type="checkbox"/> | Selles solides, Digestion lente, Élimination régulière               | <input type="checkbox"/> |
| 10 | Mouvements Comportementaux /Activités physiques | Vifs, Agités, Nerveux, démarches Rapides, se fatigue rapidement.                                      | <input type="checkbox"/> | Exactes, Focalisés, Force, combatif, puissance                       | <input type="checkbox"/> | Lents, voire inertie, Calmes et stables                              | <input type="checkbox"/> |
| 11 | Appétit/Sensation de faim                       | Erratique, Irrégulier, Parfois manque d'appétit si distrait   | <input type="checkbox"/> | Faim affilé, à heure régulières, de bon appétit                      | <input type="checkbox"/> | Faim douce, mange lentement, peut facilement sauter un repas         | <input type="checkbox"/> |
| 12 | Préférences gustatives                          | Grasse, lourde, chaude et douce salées, goût aigre  | <input type="checkbox"/> | Léger, attiré par nourriture froide, doux, amer astringent.          | <input type="checkbox"/> | Sec, léger, attiré par nourriture chaude, épicé, amer, astringent.   | <input type="checkbox"/> |

|    |                                |   |                          |   |                          |  |                          |
|----|--------------------------------|---|--------------------------|---|--------------------------|--|--------------------------|
| 13 | Etat émotionnel                | Peur, anxieux, insécurisé, imprévisible.  | <input type="checkbox"/> | Agressif, irritable, colérique, impulsif                                      | <input type="checkbox"/> | Calme, agréable, têtu, attentif, rarement irrité                         | <input type="checkbox"/> |
| 14 | Tendances mentales             | Pose beaucoup de Questions, a du mal à se décider                                     | <input type="checkbox"/> | Jugement artistique, Humour, sens de l'observation                            | <input type="checkbox"/> | Stable, Paisible, endurant, logique, équilibré                           | <input type="checkbox"/> |
| 15 | Rythme de sommeil              | Un sommeil court et perturbé, Difficultés à s'endormir, durable pendant 4 à 5 heures. | <input type="checkbox"/> | Besoin modéré de dormir, Moyenne dure de 5 à 7 heures, Bon sommeil réparateur | <input type="checkbox"/> | Profond, aime dormir, Endormissement facile, Durée pendant env. 8 heures | <input type="checkbox"/> |
| 16 | Rêves pendant le sommeil       | Peur, voler, courir.  | <input type="checkbox"/> | Feu, émotif   | <input type="checkbox"/> | De l'eau (étant près des zones d'eau), Rêve de tranquillité              | <input type="checkbox"/> |
| 17 | Sexe envie                     | Fréquent  | <input type="checkbox"/> | Modéré  | <input type="checkbox"/> | Cyclique, peu fréquent   | <input type="checkbox"/> |
| 18 | Mémoire                        | Court terme, oublie facilement  | <input type="checkbox"/> | En général Bonne mais pas prolongée   | <input type="checkbox"/> | Très bonne à Long terme  | <input type="checkbox"/> |
| 19 | Comportement financier         | Tendances à dépenser impulsivement et imprudemment                                    | <input type="checkbox"/> | Dépense modérément, économise et Accumule                                     | <input type="checkbox"/> | Économise beaucoup et accumule   | <input type="checkbox"/> |
| 20 | Qualité de la tension du pouls | Rapide avec des changements   | <input type="checkbox"/> | Modéré, sauts   | <input type="checkbox"/> | Lent et stable   | <input type="checkbox"/> |
| 21 | Taux de la tension             | 80-100 battements par minute  | <input type="checkbox"/> | 70-80 battements par minute   | <input type="checkbox"/> | 60-70 battements par minute  | <input type="checkbox"/> |
| 22 | Réaction en cas de stress      | Peur, Craignant, anxieux, rapidement nerveux, se retire                               | <input type="checkbox"/> | Impulsif, Colérique, irritable, agressif                                      | <input type="checkbox"/> | Indifférent, Calme, Attentif, rarement irrité, se retire                 | <input type="checkbox"/> |

S'il vous plaît veuillez noter que : Pendant le traitement ayurvédique, la consommation d'alcool est strictement interdite! (Interdiction de fumer dans les chambres, salle de soins, un emplacement spécifique vous sera indiqué à votre demande)

Souhaitez vous apporter des précisions supplémentaires pour nous faire mieux vous connaître?

---



---

Avez-vous d'autres questions?

---



---

Vous restez au Centre Ayurveda de \_\_\_\_\_ à \_\_\_\_\_

Quel package avez-vous reserve? \_\_\_\_\_

Avez-vous déjà vécu des traitements ayurvédiques  Oui  Non

Par Qui / Comment avez-vous connu notre Centre Ayurveda \_\_\_\_\_

Partie à remplir par le Médecin Ayurvédique:

Lfd.-Nr: \_\_\_\_\_

Type of Dosha  
\_\_\_\_\_

Diagnostic des yeux, de la langue et du pouls

Diagnostic



AYURVEDIC MEDICINE

MADUKKAKUZHAY Ayurveda LAKE & MOUNTAINS

MADUKKAKUZHAY Ayurveda Homestay PARATHODU

Channel Partner France

JASMINE

Mobile (F): 07 67 36 79 69, (+33) 7 67 36 79 69

[infofrance@ayurveda-kerala.org](mailto:infofrance@ayurveda-kerala.org) 