

QUESTIONNAIRE DE SANTE

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 (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, Equilibrée	<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, Elimination régulières, Sensible à l'acidité	<input type="checkbox"/>	Selles solides, Digestion lente, Elimination 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

ayurvediquekerala@gmail.com