



Naturopathe

BILAN HOLISTIQUE

*Afin de mieux connaître vos relations
corps / psychologie, merci de remplir le
formulaire suivant pour notre première
consultation :*

*Pour chaque
réponse positive,
comptez 1 point.*

*Indiquez le total
des oui pour
chaque centre.*

*Merci de mettre
un signet devant
les réponses
positives.*

Centre n°1 - Relations sociales épanouies

Partie du corps : Le système musculo-squelettique, le sang, le système immunitaire et la peau

- *Souffrez-vous de problèmes d'arthrose ou d'ostéoporose ?*
- *Souffrez-vous de problèmes de dos, par exemple hernie discale, discopathie, scoliose ?*
- *Avez-vous régulièrement des spasmes musculaires, des crampes ou des douleurs musculaires chroniques ?*
- *Faites-vous de l'anémie ? Avez-vous des troubles hémorragiques ? Avez-vous tendance à développer virus et fatigue chronique ?*
- *Avez-vous des problèmes de peau tels qu'eczéma, psoriasis, acné ou d'autres problèmes de ce genre ?*
- *Avez-vous tendance à donner plus que vous ne recevez ?*
- *Avez-vous du mal à aimer ou à apprécier les autres ?*
- *Quand vous voyez quelqu'un qui souffre, essayez-vous de l'aider ?*
- *Êtes-vous maladroit(e) dans vos relations sociales ? Avez-vous du mal à faire preuve de tact ?*
- *Étiez-vous quelqu'un de timide ? L'êtes-vous encore ?*
- *Votre état de santé a-t-il tendance à s'affaiblir lors des changements de saison ?*
- *Les changements et les imprévus qui surviennent dans votre vie vous rendent-ils nerveux(se) ?*
- *Avez-vous tendance à cacher aux autres ce que vous ressentez ?*
- *Avez-vous l'impression d'être la brebis galeuse de votre famille ?*
- *Êtes-vous la personne que les autres viennent automatiquement voir quand ils ont un problème ?*
- *Avez-vous tendance à couper rapidement les ponts dans une relation s'il y a un problème avec l'autre personne ?*

Score :

Centre N° 2 - Argent et amour

Partie du corps : système urinaire, organes reproducteurs, région lombaire et bassin

- *Avez-vous des problèmes gynécologiques (ou pour les hommes des problèmes de prostate ou de testicules) ?*
- *Avez-vous des problèmes vaginaux tels que vaginite, sécheresse vaginale ou d'autres problèmes dans cette région ?*
- *Ressentez une absence de désir sexuel ?*
- *Si vous prêtez de l'argent à quelqu'un que vous aimez, avez-vous tendance à demander des intérêts ?*
- *Avez-vous tendance à vous mettre dans une situation financière délicate ou à vous endetter, en vacances par exemple ?*
- *Attachez-vous beaucoup d'importance à la compétition ? Votre entourage a-t-il tendance à vous reprocher cet aspect ?*
- *Avez-vous déjà rompu une relation à cause de votre carrière ?*
- *Avez-vous connu une longue période de vie où vous étiez dans une relation excessive, restrictive et stricte ? Où vous vous sentiez sous-considéré(e) ?*

Score :

Centre n°3 - « Perception de sa propre identité », une bonne estime de soi

Partie du corps : système digestif, poids, glandes surrénales, pancréas, addiction

- *Avez-vous des problèmes digestifs ?*
- *Avez-vous des problèmes addictifs tels qu'alcool, tabac, drogues ?*
- *Etes-vous en surpoids ?*
- *Avez-vous des comportements boulimiques ou anorexiques ?*
- *Est-ce difficile de vous voir face à un miroir ?*
- *Avez-vous tendance à attirer dans votre vie des personnes qui ont des troubles addictifs ?*
- *Vous souciez-vous de manière obsessionnelle de votre poids ?*
- *Avez-vous des comportements compulsifs pour calmer vos nerfs, par exemple vous jeter sur un morceau de chocolat ou faire du shopping ?*
- *Êtes-vous soucieux(se) d'être toujours à la mode que ce soit pour vos vêtements, vos expressions, votre style personnel ou vos connaissances ?*

Score :

Centre n°4 - Équilibre entre ses désirs personnels et ceux de la personne aimée

Partie du corps : système cardio-vasculaire, poumons ou poitrine

- *Avez-vous des problèmes artériels ou veineux : troubles de la circulation, œdèmes, varices ?*
- *Avez-vous de l'athérosclérose ?*
- *Faites-vous de l'hypertension ?*
- *Avez-vous un cholestérol trop élevé ?*
- *Avez-vous déjà eu une attaque cardiaque ou une alerte ?*
- *Faites-vous, ou avez-vous fait, de l'asthme ou des allergies respiratoires ?*
- *Avez-vous des soucis respiratoires autres que ceux que je viens de mentionner ?*
- *Votre entourage vous dit-il souvent que vous êtes trop sensible ?*
- *Demandez-vous souvent aux gens que vous aimez comment ils se sentent ?*
- *Votre moral est-il sensible à la météo, au changement de saison ?*
- *Avez-vous déjà pleuré à cause de votre travail ?*
- *Pleurez-vous souvent et facilement ?*
- *Est-il difficile pour vous de vous fâcher contre un être cher, même si c'est justifié ?*
- *Avez-vous tendance à vous énerver et à vous fâcher facilement ?*
- *Quand quelque chose ne va pas et que vous vous sentez mal, avez-vous tendance à vous isoler et à vous éloigner des autres ?*

Score :

Centre N°5 - Une bonne communication

Partie du corps : la bouche, la région cervicale et la thyroïde.

- *Avez-vous actuellement des problèmes dentaires ? En avez-vous eu dans le passé ?*
- *Souffrez-vous de problèmes à la thyroïde ?*
- *Souffrez-vous de la région cervicale ?*
- *Avez-vous souvent mal à la gorge ?*
- *Avez-vous, ou avez-vous eu, d'autres problèmes à la gorge tels que trachéite ou angine chronique ?*
- *Aviez-vous du mal à suivre les consignes quand vous étiez plus jeune ?*
- *Avez-vous du mal à respecter les règles dans votre vie actuelle ?*
- *Vous est-il difficile de rester concentré(e) et d'écouter lorsque vous êtes au téléphone ?*
- *Avez-vous du mal à vous faire comprendre lorsque que vous discutez avec votre entourage ?*
- *Avez-vous du mal à vous exprimer en public ?*
- *Avez-vous tendance à dire oui, même si vous pensez l'inverse, juste pour ne pas avoir à vous justifier ?*
- *Avez-vous des problèmes de dyslexie, d'élocution, ou d'expression lorsque vous êtes mal à l'aise ou stressé(e) ?*
- *Avez-vous l'impression de mieux communiquer avec les animaux qu'avec les gens ?*
- *Est-ce que les gens se tournent souvent vers vous pour trouver une solution à leurs problèmes ?*

Score :

Centre N° 6 - Ouverture d'esprit et curiosité

Parties du corps : cerveau, yeux (vision), oreilles (audition)

- *Avez-vous des problèmes d'insomnie ?*
- *Souffrez-vous de maux de tête et de migraines ?*
- *Êtes-vous stressé(e) à l'idée de vieillir ?*
- *Souffrez-vous de pertes de mémoire ?*
- *Avez-vous eu la cataracte, ou en souffrez-vous actuellement ?*
- *Souffrez-vous de vertiges ?*
- *Lorsqu'on vous donne un temps de parole restreint, avez-vous du mal à le respecter ?*
- *Avez-vous des difficultés à répondre à des questionnaires à choix multiples ?*
- *Avez-vous l'impression que votre esprit est souvent dans les nuages ?*
- *Êtes-vous plutôt réticent(e) à l'idée d'apprendre de nouvelles technologies et de nouvelles façons de fonctionner ?*
- *Avez-vous déjà subi d'importants traumatismes ou abus ?*
- *Sentez-vous un réel bien-être dans la nature ? Avez-vous parfois l'impression de ne faire qu'un avec elle ?*

Score :

Centre N°7 - Pouvoir spirituel de la personne, croyance de soi, en une divinité ou une énergie spirituelle

Parties du corps : en lien avec les maladies graves, les douleurs chroniques ou dégénératives

- *Êtes-vous atteint(e) d'une maladie chronique ?*
- *Souffrez-vous d'une maladie grave ou incurable dont le diagnostic médical a été établi ?*
- *Souffrez-vous d'un cancer ?*
- *Êtes-vous dans un état de santé très critique, avec un avis plutôt pessimiste des médecins ?*
- *Êtes-vous quelqu'un de fermé à la spiritualité ou aux religions ?*
- *Êtes-vous du genre à toujours vous rendre au travail sans prendre un jour de congé, même si vous ne vous sentez pas bien ?*
- *Êtes-vous perdu(e) quand vous pensez au sens et au but de votre vie ?*
- *Avez-vous tendance à enchaîner les problèmes de santé et les problèmes d'humeur ?*
- *Avez-vous l'impression que vos proches ont tendance à vous fuir et à vous abandonner lorsque vous faites face à un problème ?*

Score :

VOS HABITUDES ALIMENTAIRES ET DE VIE

Antécédents médicaux familiaux	
Sports et loisirs	
Heures de sommeil et Heures d'insomnie	
Addictions toutes confondues	
Nombre de fois par jour ou par semaine où vous allez à la selle (merci de préciser la consistance)	
Nombre de fois où vous mangez du poisson par semaine	
Nombre de fois où vous mangez de la viande par semaine (rouge, blanche, charcuterie...)	
Nombre de fois où vous mangez du sucre raffiné par semaine (sucre blanc, gâteaux...)	
Combien de fois buvez-vous de l'alcool par semaine (vin, alcool fort...)	
Quelle quantité d'eau pure buvez-vous par jour ?	
Votre petit déjeuner type	
Que mangez-vous en matinée (type)	
Votre repas type du midi	
Que mangez-vous dans l'après-midi (type)	
Votre repas du soir type	