

Questionnaire santé Séances suivantes de réflexologie plantaire

L'a_{namnèse}

Nom / Prénom :

Séance n° :

Date du questionnaire :

1 – Comment a évolué votre état de santé général ?

- Bien mieux
- Mieux
- Moyen
- Pas d'évolution
- L'état s'est empiré

2 – Souffrez-vous toujours de la même maladie ou du même problème de santé chronique ?

- Oui
- Non

3 – Êtes-vous toujours autant limité(e) à cause de votre problème de santé, dans les activités que les gens font habituellement ?

- Oui, autant limité(e)
- Oui, mais un peu moins limité(e)
- Non, presque plus limité(e)

4 – Votre poids a-t-il évolué ? Si oui, poids actuel : |.....|.....|.....| kg

5 – Selon les endroits où vous avez déjà été opéré(e), ressentez-vous une douleur quelconque depuis la première séance de réflexologie ?

- Oui
- Non

Si oui, précisez la ou les douleurs et leur localité :

- 1 -
- 2 -
- 3 -
- 4 -
- 5 -

6 – Si vous aviez habituellement des difficultés pour vous déplacer, ce problème a-t-il évolué ?

- Oui
- Non

Si oui, précisez :

-
-
-

7 - Si vous prenez un traitement hormonal pour la ménopause, ressentez-vous un mieux depuis la première séance ?

-
-

8 – Selon les dépendances dont vous souffrez ou avez souffert (café, somnifère, alcool, drogue, cigarettes, autre), quel est votre ressenti aujourd’hui ?

Libéré(e) totalement

En cours de libération

Vous pouvez préciser :

.....
.....
.....

9 – Consommez-vous toujours des médicaments ? Oui Non

Si oui, précisez :

.....
.....
.....

10 – Souffrez-vous toujours de :

(répondre par OUI ou NON)

Troubles du sommeil ?

Dépression ?

Anxiété ou troubles anxieux (ex : tachycardie) ?

Autres problèmes psychiques ? Précisez :

Migraines, maux de tête ?

Autres problèmes neurologiques ? Précisez :

Eczéma ?

Psoriasis ?

Acné ?

Mycoses cutanées (mains, pieds, ongles, cuir chevelu...) ?

Autres problèmes de peau ? Précisez :

Glaucome, hypertension oculaire ?

Cataracte ? Strabisme ?

Trouble de la vue comme myopie, presbytie,... ? Précisez :

Autres problèmes oculaires ? Précisez :

Hyperthyroïdie, goitre, hypothyroïdie ou autres affections de la thyroïde ?

Précisez :

Diabète ?

Trop de lipides dans le sang : cholestérol, triglycérides... ?

Autres problèmes endocriniens ou métaboliques ? Précisez :

Infection urinaire, cystite ?

Perte involontaire d’urines ?

Maladie de la prostate (adénome ou hypertrophie) ?

Trouble des règles ?

Troubles liés à la ménopause ?

Autres problèmes urinaires ou génitaux ? Précisez :

Sciatique, lumbago, douleurs lombaires ?

Hernie discale ?

Ostéoporose ?

Arthrose, rhumatisme ?

Précisez la (ou les) localisation(s)

Autres problèmes concernant les os et articulations ? Précisez :

Maladie ou problème concernant la bouche et les dents ?

Précisez :

Ulcère de l'estomac, du duodénum ?

Crampes, brûlures, douleurs d'estomac ?

Hernie hiatale ?

Trouble chronique du transit intestinal (diarrhée, constipation, alternance diarrhée/constipation) ?

Précisez :

Maladie du foie (hépatite, stéatose, kyste, cirrhose, ...) ?

Précisez :

Autres problèmes digestifs ? Précisez :

Sinusite aiguë ?

Rhinopharyngite, rhinite (non allergique), rhume ?

Rhinite allergique, rhume des foins ?

Angine ?

Otite aiguë ?

Problème d'audition (surdité totale ou partielle, unie ou bilatérale)

Précisez :

Autres problèmes ORL ? Précisez :

Bronchite chronique ?

Asthme ?

Autres problèmes pulmonaires ? Précisez :

Cancer ?

Précisez la (les) localisation(s) :

Hypertension artérielle ?

Angine de poitrine ?

Infarctus du myocarde ?

Troubles du rythme, palpitations ?

Insuffisance cardiaque ?

Accident vasculaire cérébral (attaque) ?

Artérite des membres inférieurs ?

Varices, ulcère variqueux ?

H morro ides ?

Autres problèmes cardio-vasculaires ? Précisez :

11 – Pouvez-vous noter entre 0 et 10, votre état de santé ?

(0 = en très mauvaise santé / 10 = en excellente santé)

Soin à appliquer - Séance suivante (à remplir par le praticien):

L'installation / Le massage relaxant – à appliquer dans tous les cas

Surligner les zones et points réflexes concernés par la séance

<i>Les amygdales.....</i>	<i>L'œsophage et le larynx.....</i>
<i>La ceinture pelvienne et les membres inférieurs</i>	<i>Les oreilles</i>
<i>La ceinture scapulaire et les membres supérieurs.....</i>	<i>Le pancréas.....</i>
<i>La circulation sanguine</i>	<i>La peau et les muscles</i>
<i>Le cœur</i>	<i>Le pharynx</i>
<i>La colonne vertébrale ou rachis.....</i>	<i>Le plexus carotidien</i>
<i>Le diaphragme</i>	<i>Le plexus cervical et brachial.....</i>
<i>L'encéphale</i>	<i>Le plexus lombaire</i>
<i>L'estomac.....</i>	<i>Le plexus sacré.....</i>
<i>Le foie et la vésicule biliaire</i>	<i>Le plexus solaire.....</i>
<i>Le front et les tempes</i>	<i>Les poumons</i>
<i>La glande pinéale.....</i>	<i>La prostate et l'utérus</i>
<i>Les glandes surrénales.....</i>	<i>La rate.....</i>
<i>Les gonades et les organes génitaux</i>	<i>Les seins.....</i>
<i>L'intestin grêle</i>	<i>Les sinus et les dents.....</i>
<i>Le gros intestin.....</i>	<i>Le système lymphatique</i>
<i>L'hypophyse et l'hypothalamus</i>	<i>Le système nerveux autonome (SNA).....</i>
<i>La langue et les glandes salivaires.....</i>	<i>Le système urinaire.....</i>
<i>La libido et son point satellite.....</i>	<i>La tête.....</i>
<i>Les muscles du cou.....</i>	<i>Le thymus</i>
<i>Le nerf sciatique.....</i>	<i>La thyroïde et les parathyroïdes.....</i>
<i>Le nez et l'odorat</i>	<i>Les yeux</i>