



CLÉMENT BARBASTE

Énergétique traditionnelle chinoise

« Soucieux de la protection de votre vie privée, toutes les informations recueillies au sein de ce formulaire demeurent strictement confidentielles et sont protégées par le secret professionnel. »

FORMULAIRE DE PREMIÈRE CONSULTATION

INFORMATIONS PERSONNELLES

Nom :	_____	Prénom :	_____
Né(e) le :	_____	Âge :	_____
		Sexe :	☐ F ☐ M ☐ Autre
Adresse :	_____		
Téléphone :	_____	Mail :	_____
Profession :	_____	Situation familiale :	☐ Célib. ☐ En couple ☐ Séparé(e) ☐ Enfant(s) : _____

HISTORIQUE MÉDICAL

Raison principale de votre consultation aujourd'hui :

Avez-vous déjà consulté pour ce problème ? ☐ Oui ☐ Non

Si oui, quand et par qui ? _____

Avez-vous déjà reçu des traitements en médecine chinoise ? ☐ Oui ☐ Non

Si oui, lesquels et avec quels résultats ?

ANTÉCÉDENTS

INFORMATIONS DE SANTÉ

Médecin traitant : _____ Téléphone : _____

TRAITEMENTS EN COURS

Prenez-vous actuellement des médicaments ou des suppléments ? ☐ Oui ☐ NonSi oui, lesquels (nom, dose, fréquence) :

ALLERGIES

Avez-vous des allergies (médicaments, aliments, pollens, etc.) ? ☐ Oui ☐ Non

Si oui, lesquelles ? _____

CONSOMMATION

Thé / Café : ☐ Jamais ☐ Parfois ☐ Souvent

Quantité par jour : _____

Alcool : ☐ Jamais ☐ Parfois ☐ SouventQuantité par
semaine : _____Tabac : ☐ Jamais ☐ Parfois ☐ Souvent

Nombre par jour : _____

QUESTIONS SPÉCIFIQUES FEMMES

Êtes-vous enceinte ? ☐ Oui ☐ NonSi oui, à combien de
semaines ? _____Avez-vous des règles ? ☐ Oui ☐ NonSi oui, sont-elles régulières ? ☐ Oui ☐ Non

Durée du cycle : _____ jours

Durée des règles : _____ jours

Date du dernier cycle (début) : _____

Utilisez-vous un moyen de contraception ? ☐ Oui ☐ Non

Si oui, lequel ? _____

QUESTIONNAIRE DÉTAILLÉ DES SYMPTÔMES

Veillez indiquer à quelle fréquence vous ressentez les symptômes suivants :

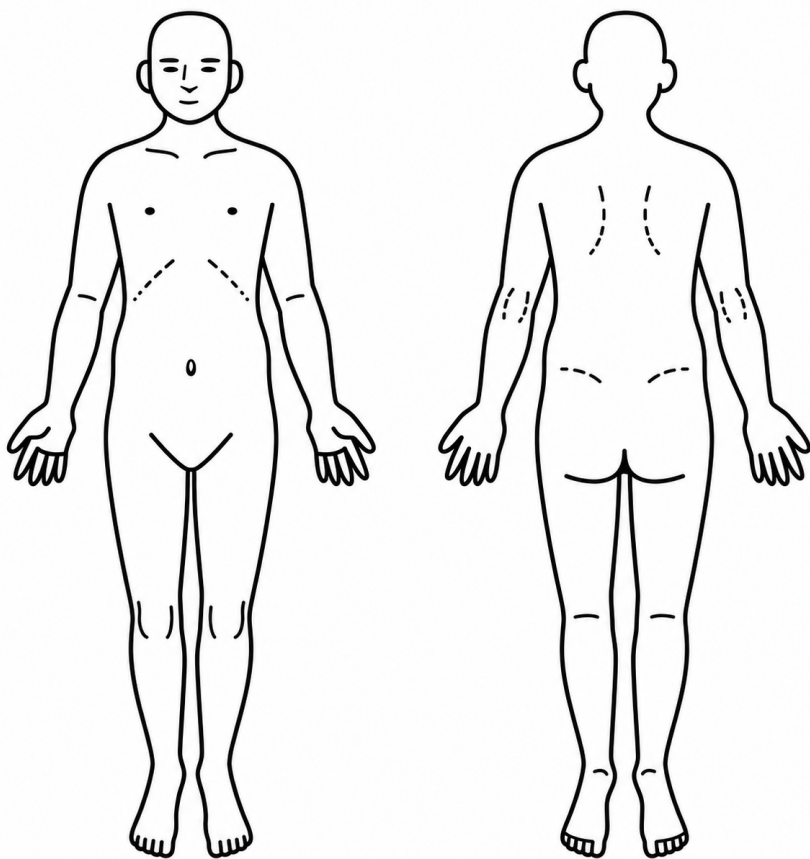
Symptômes	Jamais	Parfois	Souvent
Fatigue générale	☐	☐	☐
Manque d'énergie	☐	☐	☐
Frilosité / Sensation de froid	☐	☐	☐
Sensations de chaleur / Bouffées de chaleur	☐	☐	☐
Transpiration (facile ou nocturne)	☐	☐	☐
Sueurs spontanées	☐	☐	☐
Troubles du sommeil	☐	☐	☐
Difficulté à s'endormir	☐	☐	☐
Réveils nocturnes	☐	☐	☐
Sommeil non réparateur	☐	☐	☐
Cauchemars	☐	☐	☐
Anxiété / Stress	☐	☐	☐
Irritabilité	☐	☐	☐
Tristesse / Moral bas	☐	☐	☐
Manque de concentration / Mémoire	☐	☐	☐
Maux de tête	☐	☐	☐
Vertiges / Étourdissements	☐	☐	☐
Acouphènes (bourdonnements d'oreilles)	☐	☐	☐
Problèmes de vue	☐	☐	☐
Allergies saisonnières	☐	☐	☐
Rhume des foins	☐	☐	☐
Asthme	☐	☐	☐
Bronchites répétées	☐	☐	☐
Douleurs cervicales / Raideur nuque	☐	☐	☐
Douleurs dorsales	☐	☐	☐
Douleurs lombaires	☐	☐	☐
Sciatique	☐	☐	☐
Douleurs de genoux	☐	☐	☐
Douleurs articulaires	☐	☐	☐
Crampes musculaires	☐	☐	☐
Faiblesse musculaire	☐	☐	☐

Symptômes (suite)	Jamais	Parfois	Souvent
Fourmillements / Engourdissements	☐	☐	☐
Digestion difficile / Lourdeurs	☐	☐	☐
Ballonnements	☐	☐	☐
Nausées / Vomissements	☐	☐	☐
Brûlures d'estomac / Reflux	☐	☐	☐
Constipation	☐	☐	☐
Selles molles / Diarrhées	☐	☐	☐
Perte d'appétit	☐	☐	☐
Soif excessive	☐	☐	☐
Bouche sèche / Amertume	☐	☐	☐
Cholestérol élevé	☐	☐	☐
Besoin d'uriner fréquent	☐	☐	☐
Urines claires	☐	☐	☐
Douleurs ou gêne en urinant	☐	☐	☐
Douleurs ou gêne dans la poitrine	☐	☐	☐
Palpitations	☐	☐	☐
Essoufflement	☐	☐	☐
Baisse de libido	☐	☐	☐
Troubles menstruels	☐	☐	☐
Syndrome prémenstruel	☐	☐	☐
Perte de cheveux	☐	☐	☐
Problèmes de peau (eczéma, acné, psoriasis...)	☐	☐	☐
Démangeaisons	☐	☐	☐
Œdèmes	☐	☐	☐

DOULEUR ET INCONFORT

Indiquez sur les schémas ci-dessous les zones où vous ressentez de la douleur, des tensions, des raideurs ou tout autre inconfort.

X Douleur // Tension / Raideur O Autre sensation



Autres commentaires concernant vos douleurs ou inconforts :

.....

.....

CONSENTEMENT ÉCLAIRÉ

Je certifie que les informations fournies ci-dessus sont exactes et complètes à ma connaissance. J'ai compris que les soins en énergétique traditionnelle chinoise ne remplacent pas un suivi médical conventionnel et ne constituent pas un diagnostic médical. J'accepte les conditions de consultation et de traitement.

Date : _____ Signature : _____