

PROCÉDURE

Téléchargez ce document PDF et imprimez le.

Remplissez les formulaires de manière précise et honnête et en tenant compte de votre état général sur les 3 derniers mois.

Une fois complétés, envoyer les documents accompagnés de votre règlement de 60€ à l'ordre de **Physioptim** par courrier à cette adresse :

**PHYSIOPTIM
MARTIAL QUIN
84 rue du commerce
18300 SAINT-SATUR**

Obtenez votre RDV présentiel ou téléphonique, votre chèque ne sera encaissé qu'après celui-ci.
Pour toute précision vous pouvez appeler le 06 08 83 53 48.

VOTRE PROFIL - QUI ÊTES-VOUS ?

Nom : _____ Prénom : _____
Tél : _____ Email : _____
Taille : _____ Poids : _____
Date de naissance : _____ Profession : _____
Sport pratiqué : _____ Si oui, - nombre de séances par semaine : _____
- nombre d'heures d'entraînement par semaine : _____

ANTÉCÉDENTS FAMILIAUX (PARENTS)

Problèmes cardiovasculaires ? (entourez) : AVC - infarctus - cholestérol - hypertension

Cancer : _____

Problème de thyroïde : _____

ANTÉCÉDENTS PERSONNELS

Hormis les maladies classiques de l'enfance et de l'adolescence, avez-vous quelque chose de particulier à signaler ? _____

AVEZ-VOUS DÉJÀ ÉTÉ CONCERNÉ PAR UNE DE CES PATHOLOGIES ? Entourez votre réponse.

Mononucléose - herpès - mycose vaginale - mycose ongle de pied - zona

Prise régulière de médicaments :	oui	non
Réveil nocturne entre 1h et 3h du matin :	oui	non
Difficulté à manger le matin :	oui	non
Difficulté à digérer les corps gras et les fritures :	oui	non
Difficulté à supporter certaines odeurs/parfums :	oui	non
Contraception orale :	oui	non
Fatigue matinale :	oui	non
Mauvaise humeur matinale :	oui	non

A - FATIGUE ET TROUBLES DE L'HUMEUR

- Je me sens fatigué(e)
- J'ai des difficultés à me motiver
- J'ai des problèmes de sommeil
- J'ai des difficultés de concentration
- J'ai des difficultés de mémoire
- Je me sens anxieux(se)
- Je me sens angoissé(e) je me sens déprimé(e)

0 1 2 3

<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**TOTAL
SCORE A**

B - TROUBLES DIGESTIFS

- Je ressens des brûlures à l'estomac
- J'ai des reflux acides
- Je ressens des nausées
- J'ai des diarrhées
- Je suis constipé(e)
- Je présente des alternances diarrhée constipation
- J'ai des ballonnements après manger
- J'ai des crises de colite

<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**TOTAL
SCORE B**

C - TROUBLES OSTÉO-ARTICULAIRES ET DÉGÉNÉRATIFS

- Je ressens des douleurs au niveau du dos, du cou
- Je souffre des articulations (poignets, coudes, épaules, chevilles, genoux, hanches)
- J'ai mal dans les muscles, les tendons
- Quand je fais du sport, je me blesse facilement
- J'ai une maladie rhumatismale
- Je souffre des yeux (cataracte, yeux sec...)

<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**TOTAL
SCORE C**

D - TROUBLES INFECTIEUX

- Je présente régulièrement les troubles suivants :
 - maux de gorge, angines, rhumes, sinusites, otites
 - bronchites, infections des poumons
- J'ai régulièrement des infections urinaires
- J'ai régulièrement des infections génitales
- J'ai régulièrement des infections digestives
- J'ai régulièrement des infections cutanées

<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**TOTAL
SCORE D**

E - TROUBLES CUTANÉS

- J'ai la peau sèche
- Je fais régulièrement de l'eczéma
- Je fais de l'acné
- J'ai souvent de l'herpès au niveau du visage
- Je perds mes cheveux ; ils sont ternes, cassants
- Mes ongles sont cassants ; ils se dédoublent

<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**TOTAL
SCORE E**

F - TROUBLES CIRCULATOIRES

- J'ai les jambes lourdes
- Je fais de l'oedème (chevilles, mains, doigts...)
- J'ai souvent les extrémités froides
- J'ai des fourmillements aux extrémités
- J'ai des troubles avant les règles (seins tendus, douleurs, fatigue, déprime)

<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**TOTAL
SCORE F**

G - JE CONSOMME RÉGULIÈREMENT

DU TABAC

de 1 à 4 cigarettes par jour = 1

de 5 à 15 cigarettes par jour = 2

Plus de 15 cigarettes par jour = 3

DE L'ALCOOL

Plus de 3 verres et moins de 75cl de vin par jour =1

Entre 75 et 150 cl par jour = 2

Plus de 150 cl par jour = 3

UN MÉDICAMENT

Régulièrement = 2

Tous les jours = 3

J'UTILISE UN CONTRACEPTIF

Oral (pilule) =3

Stérilet = 3

Je suis donneur de sang = 3

SCORE TOTAL :

A + B + C + D + E + F + G = _____

1 2 3



**TOTAL
SCORE G**

DOPAMINE

- Vous sentez-vous moins motivé(e)
- Portez-vous moins d'intérêt à vos occupations?
- Avez-vous tendance à vous replier sur vous ?
- Etes-vous moins attiré(e) par vos hobbies?
- Recherchez-vous moins les contacts avec vos ami(e)s ?
- Avez-vous des problèmes de concentration ?
- Vous sentez-vous l'esprit moins créatif ?
- Avez-vous des difficultés à faire de nouveaux projets ?
- Votre sommeil est-il agité, non reposant, insatisfaisant ?
- Vous sentez-vous fatigué(e) ?

0 1 2 3

<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

TOTAL

NORADRENALINE

- Vous sentez-vous déprimé(e) ?
- Souffrez-vous moralement ?
- Avez-vous l'impression de fonctionner au ralenti?
- Ressentez-vous moins de désir ?
- Avez-vous des difficultés à prendre du plaisir ?
- Ressentez-vous une baisse d'appétit sexuel ?
- Avez-vous des difficultés avec votre mémoire ?
- Avez-vous des difficultés pour apprendre ?
- Vous sentez-vous mal aimé(e) ?
- Êtes-vous fatigué(e) moralement ?

<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

TOTAL

SEROTONINE

- Vous sentez-vous irritable?
- Vous sentez-vous impatient(e) ?
- Avez-vous des difficultés à supporter les frustrations et les contraintes ?
- Vous sentez-vous agressif(ve)?
- Vous sentez-vous incompris(e) ?
- Etes-vous attiré(e) par le sucré ou le chocolat en fin de journée ?
- Vous sentez-vous dépendant(e) d'activité répétitive ? (tabac, alcool, grignotage, sport intensif, achats compulsifs)
- Avez-vous des difficultés à vous endormir ?
- Vous sentez-vous vulnérable au stress?
- Vous sentez-vous "d'humeur changeante" ?

<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

TOTAL

Q.V.D.

A. ANTÉCÉDENTS FAMILIAUX

Avez-vous un antécédent familial (père, mère ou frère, soeur), qui ait présenté une ou des infections suivantes (cocher si réponse positive) :

- Allergie
- Diabète
- Maladie de Crohn
- Maladie coeliaque
- Rhumatisme inflammatoire
- Psoriasis



TOTAL
SCORE A

B. ANTÉCÉDENTS PERSONNELS

Avez-vous un antécédent personnel parmi les infections suivantes :
(Cocher si réponse positive)

- Allergie
- Intolérance au lait
- Eczéma
- Urticaire
- Asthme
- Infection digestive



TOTAL
SCORE B

C. ACTUELLEMENT, ÊTES-VOUS SUJET A UNE DES PERTURBATIONS SUIVANTES :

- Trouble digestif fréquent
- Fatigue permanente
- Troubles de l'humeur
- Infections récidivantes
- Problèmes de peau
- Douleurs traînantes des articulations
- Migraines récidivantes



TOTAL
SCORE C

D. ACTUELLEMENT PRÉSENTEZ-VOUS ?

- Une intolérance alimentaire
- Une intolérance au gluten
- Un rhumatisme inflammatoire
- Un diabète
- Une maladie digestive
- De l'asthme
- Une maladie de la peau



TOTAL
SCORE D

TOTAL Q.V.D. (A + B + C + D) = -----

- VOS HABITUDES ALIMENTAIRES -

BOISSONS : QUELLE QUANTITÉ BUVEZ-VOUS CHAQUE JOUR ?

Précisez la quantité en vous servant du guide des équivalences portions.

Eau du robinet :

Eau en bouteille :

Soda (lesquels) :

Vin (lesquels) :

Alcool (lesquels) :

Café :

Thé :

COMBIEN DE FOIS PAR SEMAINE CONSOMMEZ-VOUS...?

De la viande (précisez également lesquelles et le mode de cuisson) :

Du poisson (précisez également lesquels et le mode de cuisson) :

Des oeufs (précisez aussi le mode de cuisson) :

Lait à boire (vache ? brebis ? chèvre ? autre ?) :

Fromages (lesquels) :

Yaourts (lesquels) :

Des céréales (lesquelles) :

Du pain (lequel) :

Des féculents (pâtes, riz, pommes de terre) :

Des légumineuses (lentilles, haricots blancs, pois, fèves) :

Oléagineux (noix, noisettes, amandes, noix de cajou) :

Des fruits :

Des légumes cuits :

Des crudités :

Fruits secs :

Des pâtisseries (gâteaux, sucreries, barres chocolatées) :

Des viennoiseries (croissants, pains au chocolat...) :

Carrés de chocolat :

QUELLE(S) HUILE(S) D'ASSAISONNEMENT UTILISEZ VOUS ?

COMMENT CALCULER VOS PORTIONS ? J'UTILISE LES ÉQUIVALENCES DE PORTIONS...

1 portion équivaut à :

EAU

1 verre de 25 cl

PROTÉINES

1 morceau de viande = 1 part
de poisson = 2 oeufs

LAITAGES

1 bol de lait = 1 yaourt = 1
part de fromage (environ 1/8
de camembert)

PRODUITS CÉRÉALIERS

1 bol de céréales, de muesli ou
de flocons d'avoine = 1
morceau de pain = 1 tarte = 1
assiette de riz, de pâtes ou de
pommes de terre = 1 assiette
de lentilles ou de haricots
blancs = 1 assiette de semoule

FRUITS ET LÉGUMES

1 fruit = 1 salade de fruits = 1
compote = 1 salade = 1
crudité = 1 assiette de légumes
cuits

SUCRERIES ET BOISSONS SUCRÉES

20 cl de boisson sucrée = 1
barre chocolatée = 1 gâteau =
1 croissant = 5 bonbons