



BILAN DE SANTE - FEMME

Merci d'écrire de manière lisible. Ces informations resteront confidentielles entre vous et votre coach santé & bien-être.

INFORMATIONS PERSONNELLES

Nom: _____

Prénom: _____

Email: _____ Fréquence de consultation des mails? _____

Tél domicile: _____ Pro: _____ Portable: _____

Age: _____ Taille: _____ Date de naissance: _____ Lieu de naissance: _____

Poids actuel: _____ Poids il y a 6 mois: _____ Il y a 1 an: _____

Souhaitez-vous modifier votre poids? _____ Si oui pourquoi? _____

VIE SOCIALE

Situation personnelle (marie, en couple, célibataire, autre): _____

Où habitez vous? _____

Nbre d'enfants: _____ Animaux de compagnie: _____

Activité professionnelle: _____ Nbre d'heures/hebdom.: _____

SANTE

Vos principaux soucis de santé :

Autres problèmes/objectifs ?

A quelle période de votre vie vous êtes vous sentie le mieux?

Maladies graves, accidents, hospitalisations?

Etat de santé de votre mère? _____

Etat de santé de votre père? _____

Antécédents familiaux : _____ Votre groupe sanguin? _____

Qualité du sommeil? _____ Heures de sommeil/nuit _____

Vous réveillez vous la nuit/Nbre de fois? _____

Pourquoi? _____

Douleurs, raideurs, gonflements? _____

Constipation/Diarrhée/Gaz? _____

Allergies, intolérances, sensibilités : _____

CYCLE MENSTRUEL

Vos règles sont-elles régulières ? _____ Durée du flux? _____ Durée du cycle? _____

Syndrome pré-menstruel ? Merci d'expliquer _____

Ménopause ou pré-ménopause ? Merci d'expliquer: _____

Historique de votre contraception :

Avez-vous des mycoses gynécologiques ou des infections urinaires? Merci d'expliquer :

INFORMATIONS MEDICALES

Prenez vous des médicaments ou suppléments? Si oui, lesquels :

Etes-vous suivi par un/des thérapeutes? Si oui, lesquels :

Quel rôle joue le sport, l'exercice au quotidien?

ALIMENTATION

Que mangiez-vous quand vous étiez enfant ?

Pt Déjeuner	Déjeuner	Dîner	Snacks/Goûter	Boissons
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____

Que mangez-vous aujourd'hui?

Pt Déjeuner	Déjeuner	Dîner	Snacks/Goûter	Boissons
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____

Est-ce que votre famille et votre entourage vont vous soutenir dans les changements que vous souhaitez entreprendre? _____

Cuisinez-vous? _____ Quel pourcentage au quotidien? _____

D'où provient le reste de votre alimentation? _____

Avez-vous des envies fortes de sucre, cigarette, ou autres addictions?

D'après vous, que devriez-vous faire pour améliorer votre santé ? :

INFORMATIONS COMPLEMENTAIRES

Autre chose que vous souhaitez partager?