

A imprimer (chez votre libraire par exemple) en **RECTO-VERSO** et écrit de votre main.

DOSSIER MÉDICAL

CONFIDENTIEL

Date

Nom, Prénom

Adresse

.....

Téléphone fixe

GSM

Email

Âge

Date de naissance

Sexe

Profession / Occupation

Questionnaire rédigé par le D^r Rajan Sankaran (Bombay)
Version française ajustée et simplifiée par le Dr Fr. Bernaerts

Merci de lire cette page avant de remplir le formulaire

Nous sommes ici pour choisir le remède le plus adapté pour vous. Afin d'y arriver, nous avons **besoin de votre coopération**.

Le choix du remède homéopathique repose essentiellement sur les symptômes que vous nous décrivez.

Pour que la prescription soit adaptée à votre cas spécifique, il est important de comprendre les détails de votre maladie. Nous devons aussi appréhender toutes les singularités qui vous caractérisent en tant qu'individu ainsi que votre nature. Ceci implique aussi de comprendre vos réactions par rapport à votre environnement, d'évoquer éventuellement votre passé ainsi que votre histoire familiale.

Le remède vise à vous permettre de retrouver un bien être global (physique et mental).

Ainsi des questions vous seront soumises dans divers domaines. Chacune de ces questions peut avoir une importance spécifique pour nous dans la recherche du remède même si certaines peuvent paraître incongrues. Même quelque chose que vous ne pensez pas être en relation avec votre maladie, peut être un facteur important dans la décision du remède homéopathique. Il est bien sûr souhaitable de répondre avec **sincérité** et souvenez-vous que quoique vous disiez, cela restera **absolument confidentiel**. Au besoin, vous pouvez demander un éclaircissement à un proche.

Dans un but didactique et dans un strict cadre confidentiel, **les consultations peuvent être filmées**. Après guérison profonde et durable, une autorisation sera éventuellement sollicitée auprès du patient pour présenter l'observation à des confrères homéopathes lors de séminaires de partage par exemple.

Ce questionnaire comprend 9 parties :

- 1 Antécédents médicaux, médicamenteux et chirurgicaux.
- 2 Histoire personnelle
- 3 Plainte principale et troubles associés.
- 4 À propos de toutes les parties de votre corps.
- 5 Les facteurs qui vous affectent.
- 6 Sur votre état mental et votre nature émotionnelle.
- 7 Sur votre sommeil et vos rêves.
- 8 Dessin spontané
- 9 Comment vous étiez lorsque vous étiez enfant ?

1. Antécédents

Antécédents médicaux, médicamenteux et chirurgicaux

Dans cette liste, faites un cercle autour de toutes les maladies majeures dont vous avez souffert jusqu'à aujourd'hui, et sur la page suivante donnez-en les détails.

<p>Intoxication alimentaire Verminose Diarrhée</p>	<p>Rougeole Rubéole Varicelle Oreillons Coqueluche</p>	<p>Malaria Jaunisse Maladies : - du foie - de la rate - de la vésicule biliaire</p>	<p>Fausse couche Avortement Maladie durant la grossesse. Prolapsus utérin Accouchement difficile</p>
<p>Malnutrition Rachitisme Rhumatisme Maux de dos</p>	<p>Maladie vénérienne et MST</p>	<p>Maladies cardiaques Hypertension artérielle Vertige</p>	<p>Infection urinaire Pyélonéphrite Diabète Trouble de la prostate</p>
<p>Interventions chirurgicales - Les Amygdales - L'Abdomen - L'Appendice - Hémorroïdes - Calculs rénaux - Calculs vésiculaire - Phimosi - Hydrocèle - Cataracte</p>	<p>Angine Sinusite récurrente Bronchite allergique Refroidissement (Rhume) Fièvre Pneumonie Asthme Pleurésie Tuberculose</p>		<p>Choc Chagrin Déception Peur Dépression nerveuse Angoisse Insomnie</p>
<p>Migraine Malaise Crampes Crises Convulsions Paralysie Méningite Ponction lombaire</p>	<p>Accidents ou blessures (corps ou tête) Perte de connaissance Hémorragies Morsure</p>		<p>Maladies cutanées de: Boutons, Abcès, Furoncles Mycose, Gale Eczéma, Herpès Urticaire, Allergie Ulcère</p>

2. Histoire personnelle

Avez-vous quelque chose de particulier à évoquer au sujet de votre **naissance** ?

.....

.....

.....

Avez-vous des anomalies particulières à mentionner sur votre **développement durant l'enfance** ?

Dentition	
Marcher	
Parler	
Propreté diurne / nocturne	
Alimentation pendant l'enfance	
Autres problèmes au sujet de votre croissance ou développement	

Avez-vous eu des réactions ou des troubles particuliers après une **vaccination** ?

.....

.....

Si vous êtes en couple, votre **conjoint** se trouve-t-il dans un état de santé particulier ?

.....

.....

Si vous avez des **enfants**, ont-ils une maladie particulière qui vous affecte ? Décès ?

.....

.....

Avez-vous eu des **fausses couches, avortement(s) ou mort-né** ?

.....

.....

Vos habitudes	Combien
Tabac	
Alcool	
Café /Thé	
Somnifère	
Laxatifs	
Cannabis / Drogues / Ecstasy	
Autres (précisez):	

4. Votre corps

Appétit et soif

Comment est votre appétit ?

.....
.....

Quand avez-vous faim ?

.....
.....

Que se passe-t-il si vous avez très faim (repas postposé) ?

.....
.....

À quelle vitesse mangez-vous ?

Comment pouvez-vous décrire votre soif ?

.....
.....

Y a-t-il un horaire particulier quant à cette soif ?

.....
.....

Avez-vous un problème de goût ou de sensation dans la bouche ?

.....
.....

SVP, mettez une marque (X) si vous aimez ou n'aimez pas la nourriture ou si cela vous incommode. Mettez deux marques (XX) si vous avez une véritable aversion, si vous adorez ou si cela vous rend vraiment malade.

	Aime	N'aime pas	Dérangeant
Amer / Âpre			
Sel rajouté			
Sucrierie			
Aigre / Acide			
Pain			
Beurre			
Graisse			
Lait			
Café			
Œufs			
Nourriture épicée			
Viande			
Poisson			
Choux			
Oignon			
Nourriture ou boisson chaude			
Nourriture ou boisson froide			
Fruits			
Autres			

Selles

Avez-vous des problèmes avec vos selles ?

Quand et combien de fois par jour avez-vous une selle ?

À quel moment est-ce urgent ?

Avez-vous des problèmes de transit ?

Devez-vous forcer pour aller à la selle ? Même quand elles sont molles ?

Avez-vous des rots ou des gaz ? Décrivez-les.

Comment vous sentez-vous après avoir émis ces gaz, que ce soit par le haut ou par le bas ?

Miction et urine

Avez-vous des problèmes avec vos urines ?

Une forte odeur ? Quel type d'odeur ?

Avez-vous des problèmes avant, pendant ou après la miction ?

Des difficultés avec le jet ? Départ difficile ? Jet interrompu ? Faible ? Goutte à goutte ? etc.

Des mictions involontaires ? Quand ?

Transpiration, Fièvre et Frissons

De quelle manière transpirez-vous ? Peu ? Abondamment ?

Où et de quelle partie de votre corps transpirez-vous le plus ?

Transpirez-vous de la paume des mains ou de la plante des pieds ?

La transpiration est-elle chaude, froide, moite, collante, à odeur de moisi, grasseuse, qui raidit le linge, etc. ?

Pouvez-vous décrire l'odeur ? Par exemple fétide, âcre, acide, à odeur d'urine, etc.

De quelle couleur est-ce que ça tache le linge ?

La tache se lave-t-elle facilement ou avec difficulté ?

Avez-vous des symptômes qui apparaissent après la transpiration ?

Quand avez-vous de la fièvre ou des frissons ?

Qu'est-ce qui les déclenche ?

Ressentez-vous des sensations de chaleur ou de froid dans certaines parties de votre corps. À quel moment ?

Avez-vous une sensation de brûlure ou de chaleur dans les paumes des mains ou dans la plante des pieds ?

Rhinite, Bronches, Toux, Chaud/Froid

Est-ce que vous prenez souvent froid ? Si oui, comment ?

Décrivez les symptômes, la nature des sécrétions etc.

Avez-vous des problèmes au niveau des BRONCHES ou de votre CŒUR ?

Avez-vous des problèmes de voix ou d'élocution ?

Avez-vous des difficultés à respirer ?

Est-ce que vous tousez ?

Est-ce plus fort à un moment particulier ?

Sphère sexuelle (Général)

Avez-vous des éléments particuliers à mentionner (Comportement, envies, impact sur la santé, ressenti particulier après, problèmes rencontrés) Des excès sexuels dans le passé ou le présent ?

Est-ce que vous souffrez de troubles sexuels ?

Avez-vous des habitudes sexuelles particulières dans le passé aussi bien que dans le présent ?

Avez-vous eu des maladies sexuellement transmissibles ? Syphilis ? Gonorrhée ? Herpès ? HIV ?

Si le sujet vous concerne, êtes vous satisfait dans ce domaine ou est-ce une source de souffrance ?

Pour les hommes

Avez-vous des problèmes d'érection (Difficile, absente, non désirée, défaillante, faible ou autre) ?
Décrivez en détail.

D'autres troubles sexuels ? Décrivez en détail.

.....
.....

Pour les femmes

Règles : Sont-elles régulières ? Irrégulières ? Quel intervalle entre 2 périodes ? Combien de jours ?

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

À propos du flux menstruel, y a-t-il actuellement des changements, que ce soit dans la quantité, la couleur, l'odeur ou la consistance ?

.....

Avez-vous des douleurs avant, pendant ou après les règles ? Si oui, décrivez :

.....

Si concernée, de quels symptômes avez-vous souffert pendant la ménopause ? Avez-vous senti une descente d'organe ?

.....

Avez-vous des pertes blanches ? Si c'est le cas, décrivez la nature, la couleur, la consistance et l'odeur de ces pertes.

.....

Quand et dans quelles circonstances sont-elles plus ou moins importantes ?

.....

Les pertes ont-elles une relation avec les règles ?

.....

Etes-vous gênée par ces pertes, y-a-t-il un affect particulier ?

.....

Ces pertes entraînent-elles des démangeaisons ou des lésions etc. ?

.....

Avez-vous des problèmes au niveau des seins en rapport avec les règles ?

.....

Avez-vous des problèmes de :

VERTIGES. Avez-vous des étourdissements, des vertiges ?

.....

PERTES DE CONNAISSANCE. Vous est-il arrivé de perdre connaissance ?

.....

TÊTE. Souffrez-vous de maux de tête ?

.....

YEUX et VISION ?

.....

OREILLES et OUIË ?

.....

NEZ et OLFACTION ?

.....

VISAGE et Expression faciale ?

.....

BOUCHE et GOÛT ?

.....

À propos des LÈVRES, BOUCHE, LANGUE etc. ?

.....

DENTS, GENCIVES, par exemple dents cariées, saignement des gencives, gencives gonflées ?

LÈVRES: Crevasses, qui pèlent etc ?

GORGE (y compris les amygdales) : Avez-vous des difficultés à avaler ?

Avez-vous des problèmes de DOS, MEMBRES OU ARTICULATIONS? Décrivez en détail :

Si vous avez des douleurs, est-ce qu'elles changent de place ?

Dans quelle direction s'étendent-elles ?

Y a-t-il des choses anormales, des gonflements, des engourdissements, de la paralysie etc. dans une partie quelconque de votre corps ?

Avez-vous des problèmes de PEAU: comme du prurit, des éruptions, des ulcères, des verrues, de la corne, la peau qui pèle etc. ? Décrivez les caractéristiques :

Des changements de couleur de la peau ou des taches sur un quelconque endroit du corps ?

Quelque chose qui ne va pas ou qui soit anormal sur les ONGLES ou les peaux qui les entourent ?

Y a-t-il des affections des CHEVEUX comme une chute de cheveux, un grisonnement, des pellicules, une sècheresse, des cheveux gras, une calvitie ou des cheveux qui poussent trop vite ?

Les PLAIES guérissent-elles lentement ? Des chéloïdes ? Les plaies suppurent-elles facilement ? Avez-vous tendance à saigner ?

Est-ce que vos problèmes surviennent le plus souvent du même côté ? Lequel ?

Ou passent-ils d'un côté à l'autre ?

Est-ce que vous tremblez ? Quand ?

Avez-vous des sensations de faiblesse ? Quand ? Où ?

Est-ce dans un endroit particulier du corps ?

5. Les facteurs qui vous affectent

Notez de quelle façon chacun de ces facteurs peut vous affecter, veillez à ne répondre qu'à ce qui vous semble marquant et significatif.

Exemple marquant:

Position allongée : difficulté respiratoire

Boire : sensation de froid dans l'œsophage

Exemple à ne pas mentionner

Bain chaud : relaxant

Après les selles : soulagé

De quelle façon êtes-vous affecté ?

Par exemple si on prend l'élément « soleil ».

Si l'exposition au soleil entraîne (provoque) un mal de tête alors vous notez « mal à la tête » en regard de « soleil ».

L'effet de ces éléments sur les symptômes qui vous gênent le plus.

Si par exemple, l'asthme est votre principal problème et qu'il est aggravé en position allongée sur le dos, dans la colonne correspondante à 'allongé sur le dos' vous écrivez : «aggravation de l'asthme».

Cette partie est très importante. Ne vous précipitez pas. Réfléchissez bien sur chaque facteur et sur ses effets avant d'écrire.

	Effet		Effet
Chaleur		Marcher	
Froid		Courir	
Pluie		Monter les escaliers	
Temps nuageux		Descendre les escaliers	
Changement de saison		Transport en bus, voiture ...	
Orage		Position allongée	
Se couvrir		Allongé sur le dos	
Bain chaud		Allongé sur le côté gauche	
Soleil		Allongé sur le côté droit	
Bain froid		Allongé sur le ventre	
Couché tête en bas		Boire	
Assis		Après les rapports sexuels	
Assis droit		La poussière	
Debout		La fumée	
Regarder en haut		Touché	
Regarder en bas		Pression	
Regarder en étant sur une hauteur		Massage	
Regarder depuis un objet en mouvement		Vêtements serrés	
Bruit		Avant de dormir	
Bruits soudains		Pendant le sommeil	
Musique		Après avoir dormi	
Lumière		Après la sieste	
Odeurs fortes		Perte de sommeil	
En étant constipé		Avant les selles	
Avant d'uriner		Pendant les selles	
En urinant		Après les selles	

	Effet		Effet
Après avoir uriné		En toussant	
Avant les règles		En éternuant	
Pendant les règles		En riant	
Après les règles		En parlant	
Après avoir transpiré		En lisant	
À jeun		En écrivant	
Après avoir mangé		Penché	
Avant un rdv important		Flatulence	
Avant les examens		Après coupe de cheveux	
Colère		Se coiffer	
Ennuis-soucis		Se brosser les dents	
Consolation/ empathie		Fumer	
Tristesse		Clair de lune	
Après avoir pleuré		Ouvrir la bouche	
Dans la foule		Jambes pendantes	
Dans un pièce fermée		Lever les bras	
Penser à la maladie		Bord de mer	
Pleine et nouvelle lune		Se raser	
Matin		S'étirer	
Après-midi		Avaler	
Soir		Écouter les autres parler	
Nuit		Vomir	
Bain		Bailler	
Courant d'air		Bouger les yeux	
Se moucher		Fermer les yeux	
Mordre ou mâcher		Ouvrir les yeux	
Solitude		Pieds mouillés	
Compagnie		Trop manger	
Exercice physique		Travail dans l'eau	
Roter		Éventé (ventilateur...)	

6. Psychisme

Il est maintenant universellement reconnu que votre état d'esprit a une influence considérable sur votre corps. Pour donner le traitement approprié, il nous est nécessaire de comprendre votre nature psychique et émotionnelle. Ainsi, ces questions nous aideront à guider le choix du remède.

Répondez librement. Répondez franchement. Répondez complètement.

Êtes-vous anxieux ? À quels sujets ?

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

*Avez-vous **peur** de quelque chose comme des animaux, des gens, d'être seul, de l'obscurité, de la mort, des maladies, des voleurs, des bruits soudains, de l'orage, de l'avenir, de l'inconnu, des endroits élevés etc. ?*

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

Êtes-vous indécis ou suspicieux ? De quoi ?

.....
.....

À quel sujet êtes-vous jaloux ? Ou bien de qui ?

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

À quel sujet êtes-vous impatient ? Pressé ?

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

Pendant combien de temps vous souvenez-vous de la peine que d'autres vous ont faite ?

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

Êtes-vous porté à la vengeance ?

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

De quoi êtes vous-fier ? Votre fierté est-elle facilement blessée ?

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

Dépression ? Ressassez-vous ?

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

.....
Avez-vous jamais été suicidaire ? Quand ?
.....
.....
.....

Si oui de quelle manière envisagez-vous la fin de votre vie ?

Même à ce moment là aviez-vous peur de mourir ?
.....
.....
.....

Quand êtes-vous de bonne humeur ?
.....
.....
.....

Avez-vous des pensées sexuelles
.....
.....
.....

Avez-vous parfois des pensées indésirables ? Quelles sont-elles ?
.....
.....
.....

Avez-vous des sensations imaginaires ? Ou des peurs ?
.....
.....
.....

Entendez-vous des voix, avez-vous l'impression d'être appelé, ou tout autre symptôme de la sorte qui se présenterait de manière récurrente et persistante dans votre esprit ?
.....
.....
.....

Comment est votre mémoire ?
.....
.....
.....

Sur quoi est-elle insuffisante ? Par exemple les noms, les endroits, les visages, vos lectures etc.
.....
.....
.....

Pleurez-vous facilement ?
.....
.....
.....

Qu'est-ce qui vous fait pleurer ?
.....
.....
.....

Comment vous sentez-vous après avoir pleuré ?
.....
.....
.....

Comment vous sentez-vous si quelqu'un vous console ou vous offre sa sympathie ?
.....
.....
.....

Êtes-vous facilement irrité ?

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

Qu'est-ce qui vous met en colère ?

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

Quels symptômes physiques ressentez-vous quand vous êtes en colère ?

Par exemple : tremblements, sueurs etc.

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

Aimez-vous la compagnie ? Ou préférez-vous rester seul ?

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

Comment êtes-vous affecté par le désordre ou la saleté dans votre environnement ?

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

Quels ont été les plus gros chagrins que vous avez traversés dans votre vie ?

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

Quelles ont été les plus grandes joies que vous ayez eues dans votre vie ?

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

Quelles activités aimez-vous profondément ?

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

Quelles sont les choses que vous détestez profondément ?

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

À votre avis, quels sont les aspects de votre esprit et de votre humeur qui ne vous sont pas agréables.

Malgré la conscience et la maturité, êtes-vous incapable de changer ces aspects ?

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

Donnez une image concise et claire de votre situation dans votre vie et vos relations avec les membres de votre famille, vos amis, et collègues de travail.

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

7. Sommeil et rêves

Sommeil

Dans quelle position dormez-vous ? Décrivez. Sur le dos, le côté, le ventre etc. ?

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

Est-ce que vous arrivez à dormir dans n'importe quelle position ?

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

Y a-t-il une position dans laquelle vous ne pouvez pas dormir ?

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

Pendant le sommeil est-ce que vous : Ronflez ? Grincez des dents ? Bavez ? Transpirez ?

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

Gardez-vous vos yeux ou votre bouche ouverts ? Est-ce que vous marchez ? Parlez ?

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

Gémissez ? Pleurez ? Est-ce que vous vous agitez ? Est-ce que vous vous réveillez en sursaut ?

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

Décrivez tout ce qui peut être inhabituel à propos de votre sommeil. (Somnolence, Insomnie, etc. et si c'est le cas, à quel moment ?)

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

Comment êtes-vous couvert ? Y a-t-il des parties de votre corps que vous découvrez ?

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

Les rêves récurrents que vous avez

Animaux Chats - Chiens Chevaux Animaux sauvages Serpents	Voleurs Brigands Anxiété Peur Fantômes	Voyager Monter à cheval Voler Nager Se Noyer	Maisons Fruits Arbres Eau Neige	Mort, de qui ? Cadavres Personnes mortes Parties de corps Suicide
Avoir faim Avoir soif Boire Manger	Feu Éclairs Orage Pluie	Accidents Tomber Fusillade Guerre	Parler Chanter Danser Agréable	Business Argent Travail du jour Le travail oublié
Vomir Aller à la selle Uriner Saigner Excréments / Se souiller	Romantique Plaisir sexuel Viol Nudité	Douleur Maladie Mutilations	Prier Religieux Temple Eglise Dieu	Échec/ Examen Efforts vains ? Pour quoi ? Rater le train Ne pas être prêt
Chagrin Larmes Humiliation Querelles Jalousie Insultes	Police Emprisonné Crime Meurtre Tuer Poison	Malchance Insécurité Danger Être poursuivi - Par qui ? - Pourquoi ?	Si autres rêves, précisez-les dans l'espace ci-dessous :	
De personnes Enfants Fêtes Mariage	D'événements Lointains Récents Futurs Prophétique	Effort Physique Effort Mental Fatigue Coloré Multicolore		

8. Dessin

S'il vous plaît, dessinez quelque chose qui vient à votre esprit maintenant et spontanément ou bien votre dessin favori.

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Décrivez un incident de l'enfance quand vous avez été très vexé, bouleversé, peiné.

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Questionnaire rédigé par le D^r Rajan Sankaran (Bombay, The Other Song).
Traduction en Français: D^r Anick Bossy, D^r Claudine Coranson, D^r Anne Clais, D^r
Jean-Thierry Cambonie, D^r Blanche de Lavareille, D^r Isabelle Monfort
Quelque peu simplifié et ajusté à notre culture par le Dr Fr. Bemaerts