Séance Âme – Fiche à remplir avant la séance

**A SAVOIR AVANT DE REMPLIR :**

Je vous invite à remplir cette fiche directement sur ordinateur (si cela est possible). Prenez le temps nécessaire, et le calme dont vous avez besoin.

Vous vous donnez les moyens d’avancer de comprendre en ayant pris RDV et c’est SUPEEEERRRR, alors je vous invite à ne pas voir ce questionnaire comme une contrainte, une énième fiche à remplir. Il s’agit là DEJA de votre début de séance en un sens.

Sachez que chaque question posée peut avoir un lien avec votre motif de consultation, et même si VOUS ne voyez pas le rapport, il y en a pourtant un... Il ne s’agit pas de curiosité malsaine 😊.

S’il n’y a rien à noter sur certaines questions noté juste RAS (Rien à signaler).

Je vous invite également à prendre une photo de vous de la tête au pied (datant de moins d’une semaine). Cette photo est utilisée pendant la séance.

Cette fiche est consultée uniquement après la séance effectuée afin de recouper les informations obtenues pendant la séance.

**Une fois le fichier complété :**

* Ne pas répondre au mail d’envoi du questionnaire (c’est un envoi automatiquement généré par une plateforme)
* Je vous invite à me le renvoyer sur un nouveau mail.
* Adresse à utiliser : [melody.therapeute@outlook.fr](mailto:melody.therapeute@outlook.fr)
* Veuillez insérer l’Objet suivant : VOTRE NOM – Séance Corps
* Mettre le fichier en pièce jointe ainsi que la photo demandée.

**Concernant le paiement de la séance :**

* Vous pouvez envoyer un chèque (à l’ordre de MARGUERIE) à l’adresse suivant :

Mme MARGUERIE Mélody

14 Avenue les valampes

13180 GIGNAC-LA-NERTHE

* Effectuer un virement bancaire



* Effectuer un paiement par PayPal : identifiant 🡺melody.therapeute@outlook.fr

Fiche à remplir

**ADMINISTRATIF**

**Noms** :

**Prénoms** :

**Date de naissance** :

**Email** :

**Numéro de téléphone** :

**Adresse** :

**Code postal** :

**Ville** :

**HABITUDE ET HYGIENE DE VIE**

**Professions, ou anciens métiers exercés** :

**Habitude sportive, sport pratiqué**, **hobbies** :

* A quelle rythme (entourée la réponse) :

Jamais - Très irrégulièrement – 1 fois /mois – 1/semaine – plusieurs fois /semaine – Tous les jours.

**Hygiène alimentaire** :

Avez-vous un régime alimentaire particulier, si oui lequel ?

Des allergies ou intolérance ?

Pensez-vous, vous alimenter correctement, si non, en quoi ?

**Sommeil** :

Vous sentez-vous fatigué à votre réveil ?

Votre sommeil est-il perturbé ?

Si oui par quoi ? Réveil nocturne, difficulté à s’endormir, insomnie, cauchemar etc

**Tabac** :

Fumez-vous ?

Tabac, cannabis ou autres ?

**Alcool** :

Consommez-vous régulièrement de l’alcool ?

A quelle fréquence ?

**INFORMATIONS MEDICALES et PHYSIQUES**

**Maladies passées et actuelles** (précisez les dates) :

**Traitement médical** en cours :

**Opérations chirurgicales** (précisez les dates) :

**Vaccins effectués** :

**Avez-vous eu des traumatismes « physiques » particuliers** (chutes, accident de voiture, accident de sport etc) :

Si oui, lesquels, précisez leurs dates :

**Avez-vous des douleurs physiques ?** Si oui qu’elles sont telles ? et ou sont-elles situées ?

**Avez-vous des difficultés digestives ?** (Remontée acide, difficulté à digérer, des gaz, des crampes, des brulures, le ventre qui gonfle, tendance à la diarrhée, à la constipation etc) :

**Avez-vous des « maux » de la sphère génitale et gynécologique ?** (Menstruation douloureuse, irrégulière, rapports douloureux, sécheresse vaginale, endométriose, dysfonction érectile, impuissance, ovaires polykystiques, infertilité etc) :

**Autres choses ?**

**VIE PERSONNELLE**

**Situation de famille :**

**Nombre d’enfants :**

**Nombre de frères et sœurs :**

**Votre place dans la fratrie :**

**Votre vécu enfant avec frères et sœurs :**

**Votre vécu enfant avec chacun des parents :**

**Nombre de grossesse** :

Remarques particulières sur vos grossesses :

**Nombres d’enfants** :

**Evènements négatifs marquants dans votre vie**, (avec les dates si possible) :

**DOMAINE PROFESSIONNEL, SENTIMENTAL**

Quels sont vos problématiques, envies, besoins, objectifs dans ces deux domaines ?

**Votre demande** :

**Avez -vous déjà travaillé sur ce motif ?**

**Par quelles pratiques thérapeutiques l’avez-vous abordé** :