

Questionnaire préalable à la Téléconsultation

INFORMATIONS PERSONNELLES

Prénom Nom.....

Ville Région.....

Adresse messagerie.....@..... Tél.

Date de naissance.....Taille..... Poids.....

Situation familiale : Marié- célibataire-divorcé-union libre – Nombre d'enfant

Activité professionnelle :

Décrivez en quelques lignes , vos besoins et attente de la consultation.

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

Problèmes principaux.....

Autres.....

Interventions chirurgicales importantes.

Suivez-vous un traitement médical ? Lequel ?

Allergies :

Comment vous sentez vous ?

Qualité du sommeil (horaires.)

Réveils nocturnes : à quelle heure ? Insomnies.....

Prenez-vous des compléments alimentaires ou des infusions maisons ?

Précisez :

Urines (fréquence- couleur.)

Selles (fréquences par semaine - couleur.....) Constipation..... Diarrhées.....

Avez-vous été exposé à des produits toxiques ? Si oui lesquels :

Tabac (... Cigarettes/jour) – Vin..... Bière.... - punch ... (p l o m b a g e s dentaires)

Chlordécone Glyphosate.... Produits chimiques professionnels Drogues....

Au voisinage de votre domicile, et chez vous :

Antennes relais de téléphonie mobile à proximitéPylônes électriques haute tension...

Réseaux WIFI (nombre de réseaux détectés par votre ordinateur ou mobile)

Appareils connectés, sans fil (tablettes, ordinateurs, téléphones mobiles, ...)

Boissons et Alimentation.

Consommez-vous souvent ? (Café, thé, chocolat, bonbons, sucres, boissons énergisantes)

Si oui régulièrement..... par impulsion,quelle quantité ...à quelle heure de la journée ?

Combien consommez-vous d'eau par jour en dehors des repas ?

Quelles Huiles utilisées pour la cuisson.....

Indiquez votre façon de vous alimenter sur une semaine au moins

	MATIN	MIDI	SOIR	EN -CAS
Dimanche				
Lundi				
Mardi				
Mercredi				
Jeudi				
Vendredi				
Samedi				
Dimanche				
Lundi				
Mardi				
Mercredi				

OBSERVATIONS PERSONNELLES :