

QUESTIONNAIRE D'ÉVALUATION FONCTIONNELLE DE SANTÉ

Date (j/m/a) : ____/____/____

Nom : _____ Date de naissance (j/m/a) : ____/____/____

S'il vous plaît, veuillez nous remettre ce questionnaire trois (3) jours avant votre rendez-vous.

1	Jamais	1x/mois	1 à 2x/sem.	3 à 6x/sem.	Tous les jours
<i>Fatigue</i>					
<i>Somnolence pendant la journée</i>					
<i>Vous avez besoin de 10-12h de sommeil pour vous sentir reposé</i>					
<i>Douleurs généralisées</i>					
<i>Douleurs changent d'endroit</i>					
<i>Guérison lente</i>					
<i>Maux de tête</i>					
<i>Troubles du sommeil</i>					
<i>Fièvre récurrente</i>					
2					
<i>Difficulté à prendre des décisions/à atteindre vos objectifs</i>					
<i>Colérique</i>					
<i>Tristesse</i>					
<i>Dormir trop ou pas assez</i>					
<i>Sueurs froides</i>					
<i>Sensation de bien-être fluctue pendant la journée</i>					
<i>Dépression</i>					
<i>Humeur change selon la température</i>					
<i>N'aime plus ses aliments favoris</i>					
<i>Difficulté à s'endormir profondément</i>					
3					
<i>Asthme</i>					
<i>Toux</i>					
<i>Difficultés respiratoires</i>					
<i>Production de mucus</i>					
<i>Se racler la gorge</i>					
4					
<i>Mauvais goût dans la bouche</i>					
<i>Repu rapidement</i>					
<i>Appétit accru</i>					
<i>Gaz intestinaux</i>					
<i>Plus de 3 selles par jour</i>					

4	Jamais	1x/mois	1 à 2x/sem.	3 à 6x/sem.	Tous les jours
Besoin d'aller à la selle moins de 1h après avoir mangé					
Soulagement des douleurs à l'estomac en mangeant					
Soulagement des problèmes digestifs avec les repos					
Impression de ne pas vous vider complètement la vessie					
<i>Ballonnements</i>					
<i>Brûlures d'estomac</i>					
<i>Ulcère chronique</i>					
<i>Reflux gastrique</i>					
<i>Prise d'antiacides</i>					
<i>Intolérances alimentaires multiples</i>					
<i>Gonflements imprévisibles</i>					
<i>Alternance diarrhée/constipation</i>					
<i>Diarrhée chronique</i>					
<i>Nausées/vomissements</i>					
<i>Douleurs abdominales sévères</i>					
<i>Perte de poids</i>					
<i>Saignements intestinaux</i>					
<i>Symptômes apparaissent après avoir mangé</i>					
5					
<i>Faiblesse musculaire extrême</i>					
<i>Rage de sel</i>					
<i>Perte d'appétit</i>					
<i>Perte ou gain de poids sans raison</i>					
<i>Étourdissement aux changements de position</i>					
<i>Cernes bleues ou noires sous les yeux</i>					
<i>Ongles épais et cassants</i>					
6					
<i>Infections fréquentes</i>					
<i>Infection récente</i>					
<i>Voyage récent</i>					
<i>Nez toujours congestionné</i>					
<i>Difficulté à respirer</i>					
<i>Tousser pendant un effort</i>					
7					
<i>Faible tolérance à l'exercice</i>					
<i>Enflure des extrémités</i>					
<i>Extrémités froides</i>					
<i>Palpitations cardiaques</i>					

Nom : _____ Date de naissance (j/m/a) : ____/____/____

7	Jamais	1x/mois	1 à 2x/sem.	3 à 6x/sem.	Tous les jours
Souffle court					
Sifflement lors de la respiration					
Crampes aux extrémités					
Vous perdez l'audition spontanément					
Douleur aux jambes est pire debout					
Perte de sensation (chaud, froid)					
8					
Perte de libido					
9					
Raideurs le matin					
Spasmes, crampes musculaires					
Toujours besoin de bouger les jambes					
Jambes bougent pendant le sommeil					
Manque de force					
Facilement distrait/distraite					
Incapable de terminer une tâche					
Incapable de gérer son temps					
<i>Perte de masse musculaire</i>					
<i>Confusion</i>					
<i>Troubles d'attention</i>					
<i>Troubles de concentration</i>					
<i>Irritabilité</i>					
<i>Se sentir dans le brouillard</i>					
<i>Pertes de mémoire</i>					
Comportements addictifs et/ou dépendances					
Perte de motivation					
Colérique sous stress					
Mouvement involontaire					
Impulsivité					
Opposition					
La lumière est dérangeante					
Difficultés à faire le focus					
Difficultés d'organisation					
Résistance au changement					
Attention dispersée					
Anxiété et panique					
Fait plein de choses en même temps					
Trouble de mémoire					
Lenteur de compréhension					
Difficulté avec orientation spatiale					
Douleur à l'hypochondre					

Nom : _____ Date de naissance (j/m/a) : ____/____/____

10	Jamais	1x/mois	1 à 2x/sem.	3 à 6x/sem.	Tous les jours
<i>Cheveux et cuir chevelu secs</i>					
<i>Peau sèche</i>					
<i>Eczéma</i>					
<i>Psoriasis</i>					
<i>Perte de poils par patch</i>					
<i>Perte d'une partie du sourcil</i>					
<i>Perte de cheveux</i>					
11					
Démangeaisons de peau qui empirent la nuit					
Douleur pire si vous mangez des aliments gras ou frits					
Muscles douloureux sans lien avec l'exercice					
12					
Tremblement des mains					
Mains moites					
Sueurs soudaines et abondantes					
Agitation la nuit					
Maladresse et perte de coordination					
Avoir toujours soif					
Besoin d'uriner souvent					
Beaucoup de démangeaisons					
Pour femmes seulement					
13 - Pendant les règles					
Crampes au bas de l'abdomen					
Douleur aigüe au bas de l'abdomen					
Lourdeur abdominale					
Fatigue					
Seins douloureux ou enflés					
Écoulement sanguin faible					
Saignement menstruel abondant et prolongé					
Règles irrégulières					
Absence de règle 6 mois ou +					
Douleur intense à l'ovulation (14 ^{ème} jour du cycle)					
14 - Entre les règles					
Saignements vaginaux					
Écoulement vaginal					
Relations sexuelles douloureuses ou difficiles					
Durée des règles varie					
Sécheresse vaginale					
Bouffées de chaleur					
Impossibilité de tomber enceinte					

Je déclare avoir rempli ce questionnaire au meilleur de mes connaissances.

Nom : _____ **Date de naissance (j/m/a) :** ____/____/____