

APPETIT ET SOIF

Quel est votre appétit ?

Quand avez-vous faim ?

Que ce passe-t-il quand vous avez faim trop longtemps ?

A quelle rapidité mangez-vous ?

Avez-vous soif ?

Y a-t-il des moments où vous avez particulièrement soif ?

Sentez-vous des changements dans le goût ou les sensations dans votre bouche ?

Mettez une croix (X) où il convient.

Mettez deux croix (XX) si c'est particulièrement fort

	J'aime	Je n'aime pas beaucoup	Je n'aime pas du tout		J'aime	Je n'aime pas beaucoup	Je n'aime pas du tout
Amertume				Les œufs			
Salé				Epicé			
Doux				La viande			
Acide				Le poisson			
Le pain				Les légumes			
Le beurre				Les oignons			
Le gras				Manger/boire chaud			
Le lait				Manger/boire froid			
Le café				Les fruits			
Papette/ farineux				Autre (préciser)			

SELLES

Avez-vous des problèmes concernant vos selles ?

Quand et combien de fois par jour allez-vous à selles ?

Quand est-ce urgent ?

Avez-vous des problèmes avec les mouvements intestinaux ?

Devez-vous pousser pour aller à selles ? Même si elles sont molles ?

Avez-vous des rots ou des pets ? Décrivez-les

Comment vous sentez-vous après avoir pétié ? Mieux ou moins bien ?

URINES

Avez-vous des problèmes avec vos urines ou pour uriner ?

Y a-t-il une forte odeur ? A quoi cela ressemble cette odeur ?

Avez-vous déjà eu des problème pendant ou après avoir uriné ?

Avez-vous des difficultés avec le jet urinaire ? Lent à démarrer, interruptions, faiblesse du jet, fuites, etc. ?

Avez-vous des mictions involontaires ? Quand ?

SUEUR/TRANSPARATION - FIEVRE - REFROIDISSEMENT

Suez-vous ? Pouvez-vous le quantifier ? Peu, beaucoup, abondamment ?

Quand et quelle partie sue ?

Transpirez-vous des paumes des mains ou des plantes de pieds ?

La sueur est-elle chaude, froide, moite, collante, grasse, a-t-elle une odeur de renfermé, est-ce qu'elle raidi le linge/les vêtements ?

Quelle est son odeur ? Par ex. nauséabonde, âcre, acide, odeur d'urin

De quelle couleur tache-t-elle les vêtements ?

Est-ce que ces taches sont faciles ou difficiles à laver ?

Y a-t-il des symptômes après avoir sué ?

Quand avez-vous de la fièvre ou un refroidissement ? Qu'est-ce qui le provoque ?

Ressentez-vous de la chaleur ou du froid dans votre corps et à quels moments ?

Sentez-vous une brûlure ou de la chaleur dans vos paumes ou vos plantes des pieds ?

POTRINE - CHALEUR - FROID - TOUX

Attrapez-vous froid souvent ? Si oui, comment ?

Décrivez les symptômes, la nature des expectorations, etc.

Avez-vous des problèmes dans la poitrine ou le cœur ?

Avez-vous des problèmes avec la voix ou l'expression orale ?

Avez-vous des difficultés à respirer ?

Toussez-vous ?

Est-ce plus important à certains moments ?

SEXUALITE (EN GENERAL)

Avez-vous eu des plaisirs sexuels excessifs dans le passé ou le présent ?

Est-ce que cela a affecté votre santé ?

Comment vous sentez-vous après un rapport sexuel ?

Avez-vous des sentiments ou des symptômes particuliers apparaissant avant, pendant ou après un rapport sexuel ?

Souffrez-vous d'un trouble sexuel ?

Avez-vous eu des habitudes comme la masturbation, par exemple, dans le passé ou le présent ? A quelle fréquence ?

Avez-vous une inclination homosexuelle ?

Avez-vous souffert d'une maladie sexuellement transmissible ? Syphilis ? Gonorrhée ? Herpès ? HIV (Sida) ?

Avez-vous eu un désir accru ou un dégoût pour le sexe ?

Quelle méthode utilisez-vous pour contrôler votre fécondité (contraception) ?

POUR LES HOMMES

Avez-vous des difficultés d'érection ?

Absence de désir d'érection ? Faible érection ? Echec d'érection ? Décrivez cela.

Autre trouble sexuel ? Décrivez cela en détails.

POUR LES FEMMES

Règles : comment sont-elles ? régulières ou non ? A quel âge ont-elles commencé ?

Y a-t-il eu des problèmes à ce moment-là ?

Qu'en est-il de l'intervalle entre deux périodes de règles ? Combien de jours dure-t-il ?

Combien de jours dure le flux des règles ?

Flux menstruel : y a-t-il un changement actuellement dans la quantité, la couleur, l'odeur ou la consistance ?

Les taches sont-elles difficiles à laver ?

Avez-vous noté une variation dans la qualité et la quantité du flux pendant les règles ? Comment et quand ?

Souffrez-vous de quelque manière que ce soit avant, pendant ou après les règles ?
Si tel est le cas décrivez-le :

De quels symptômes avez-vous souffert pendant la ménopause ?

Sentez-vous des organes ou parties internes descendre ?

Avez-vous des pertes ?

Si tel est le cas, indiquez la nature, la couleur, la consistance et l'odeur de ces pertes

Quand et dans quelles circonstances y en a-t-il plus ou moins. Ces pertes ont-elles une relation avec les règles ?

Quel est l'effet de ces pertes sur votre sensation générale ? Ou sur vos symptômes ?

Y a-t-il des démangeaisons, excoriations, etc. liées à ces pertes ? De l'air, ou du gaz sort-il du vagin ?

Avez-vous des problèmes avec vos seins ?

Des plaintes au sujet de :

VERTIGES : Avez-vous des étourdissements, des vertiges ?

EVANOUISSEMENT : Vous êtes-vous déjà évanoui(e) ?

TETE : Avez-vous des maux de tête ?

YEUX & VISION :

OREILLES & OÛÏE :

NEZ & ODORAT :

VISAGE & EXPRESSION FACIALE :

BOUCHE & GOÛT :

LEVRES, BOUCHE, LANGUE, etc. :

DENTS, GENCIVES, par ex. caries, saignement des gencives, gencives enflées :

LEVRES : craquelées, desquamées, etc.

GORGE (comprenant les amygdales) : difficulté à déglutir (avaler) ?

Avez-vous des problèmes aux dos, membres ou articulations ? Décrivez-les en détails

Si vous avez des douleurs, se déplacent-elles ? Dans quelle direction s'étendent-elles ?

Y a-t-il des anomalies, œdèmes, engourdissements, paralysies à quelque endroit du corps ?

Y a-t-il des problèmes de PEAU : comme des démangeaisons, éruptions, ulcères, verrues, cor, desquamation, etc. ? Décrivez-en la nature

Est-ce que la peau change de couleur ou à certains endroits du corps ?

Y a-t-il des problèmes ou anomalies avec les ONGLES ou la peau autour des ongles ?

Y a-t-il des problèmes de CHEVEUX, comme leur chute, apparition de cheveux blancs, pellicules, cheveux secs, gras, excessivement clairsemés ou inhabituellement longs ?

Est-ce que les plaies se soignent lentement ?

Est-ce que les cicatrices sont hypertrophiques (chéloïdiennes) ? Les plaies ont-elles tendance à former du pus, à s'infecter ? Saignez-vous facilement ?

Avez-vous des problèmes d'un côté ? Lequel ? Ou plus d'un côté que de l'autre ?

Ou bien ces problèmes vont-ils d'un côté à l'autre ? Ou alternativement d'un côté puis de l'autre ? Ou se déplacent-ils ?

Avez-vous des tremblements ? Quand ?

Y a-t-il une impression de faiblesse ? Où ? Quand est-ce plus ou moins fort ?

Est-ce dans un endroit particulier du corps ?

LES FACTEURS QUI VOUS AFFECTENT

Ci-dessous, une liste de choses qui vous exposent à chacun de ces facteurs qui pourraient vous affecter de façon particulière. Veuillez, s'il vous plaît, décrire de quelle manière vous êtes touché(e) par chacun d'eux. Si vous vous sentez mieux ou moins bien pour chacun d'eux. De quelle façon ils vous affectent.

Par exemple, pour le facteur « soleil », supposons que d'aller au soleil vous provoque des maux de tête. Inscrivez alors « maux de tête » au niveau « soleil ». Si vous vous sentez mal par temps chaud, inscrivez « mal à l'aise » au niveau dans la colonne « temps chaud ».

Ainsi, écrivez l'effet que chaque facteur a sur vous. Marquer spécialement l'effet que chaque facteur a sur votre principale plainte.

Par exemple, si votre principal problème est l'asthme et que c'est pire quand vous êtes couché(e) sur le dos, au niveau de « couché sur le dos » écrivez « l'asthme s'aggrave ».

Parfois, un facteur vous fait sentir moins bien dans certains cas et mieux dans d'autres.

Par exemple, l'air froid peut vous causer des maux de tête mais vous sentir mieux en général. Si c'est le cas, veuillez mentionner clairement cette différence.

Cette partie est très importante. Prenez votre temps. Réfléchissez bien aux effets de chaque facteur avant de répondre.

	Effets
Temps chaud	
Temps froid	
Temps pluvieux	
Temps nuageux	
Changement de saisons	
Tonnerre - Orage	
Humidité - Intempérie	
Bain chaud	
Soleil	
Bain froid	

	Effets
Boire	
Après rapport sexuel	
La poussière	
La fumée	
Toucher	
Pression	
Massage	
Habits serrés	
Avant de dormir	
Pendant le sommeil	
Après avoir dormi	
Après la sieste	
Perte de sommeil	
Avant d'aller à selles	
Pendant les selles	
Après avoir été à selles	
Tousser	
Eternuer	
Rire	
Parler	
Lire	
Ecrire	
Se baisser	

	Effets
Couché tête en bas	
Assis	
Assis droit	
Debout	
Regarder en l'air	
Regarder en bas	
Regarder depuis en haut	
Regarder des objets en mouvement	
Bruit	
Bruit soudain	
Musique	

La lumière	
Fortes odeurs	
En étant constipé	
Avant d'uriner	
Pendant la miction	
Après avoir uriné	
Avant les règles	
Pendant les règles	
Après les règles	
Après avoir sué	
Pendant un jeûne	
Après manger	

V

	Effets
Produire des gaz (péter)	
Après avoir coupé les cheveux	
Brosser les cheveux	
Se laver les dents	
La lumière de la lune	
Ouvrir la bouche	
Fumer	
Suspendre les membres	
Lever les bras	
Au bord de la mer	
Se raser	
S'étirer	
Avaler	
Ecouter les autres parler	
Vomir	
Bailler	
bouger les yeux	
Ouvrir les yeux	
Fermer les yeux	
Avoir les pieds mouillés	
Trop manger	
Travailler dans l'eau	
Le vent	

	Effets
Avant un évènement important	
Avant des examens	
En étant en colère	
En étant inquiet	
En étant triste	
Après avoir pleuré	
Consolation / Sympathie	
Dans la foule	
Dans une pièce fermée	
En pendant à la maladie	
Pleine lune / nouvelle lune	
Matin	
Après-midi	
Soir	
La nuit	
En prenant un bain	
Au grand air	
Mordre ou mastiquer	
Se moucher	
En étant seul	
En étant avec de la compagnie	
Exercices physiques	
Eructer, roter	

V

PSYCHISME

Il est maintenant universellement connu que notre psychisme a une grande influence sur notre corps. Pour donner le bon traitement, il nous est absolument nécessaire de comprendre votre nature émotionnelle et intellectuelle. Nous pourrions ainsi vous soigner au mieux.

Ainsi, pour vous comprendre, nous vous posons les questions qui suivent. Répondez-y librement, attentivement et de façon complète. Ces informations nous aideront à vous donner le remède qui convient. Ceux-ci améliorent votre santé mentale également.

Répondez librement. Répondez franchement. Répondez complètement !

Etes-vous anxieux/anxieuse ? A propos de quoi ?

Avez-vous peur de quelque chose ?

Par exemple des animaux, des gens, être seul, de la nuit, de la mort, des voleurs, des bruits soudains, du tonnerre, du futur, de l'inconnu, d'être en hauteur, etc.

Doutez-vous ou êtes-vous suspicieux/suspicieuse ? De quoi ?

De quoi êtes-vous jaloux/jalouse ? De qui ? De quels symptômes souffrez-vous quand vous êtes jaloux/jalouse ?

Dans quels domaines êtes-vous impatient/impatiente ? Stressé/stressée ?

Combien de temps vous souvenez-vous de ce que vous ont fait d'autres personnes ?

A quel point êtes-vous rancunier ?

De quoi êtes-vous fier/fière ? Votre fièreté est-elle facilement heurtée ?

Dépressif ? Maussade ?

Avez-vous déjà été suicidaire ? Quand ?

Si tel est le cas, de quelle manière imaginiez-vous la fin de votre vie ?

Malgré cela, avez-vous peur de mourir ?

Quand êtes-vous joyeux ?

Avez-vous des problèmes ou des particularités sexuels ?

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

Avez-vous des sensations ou des peurs imaginaires ? Entendez-vous des voix ou que l'on vous appelle, ou quoique ce soit d'autres de ce genre qui apparaît dans votre esprit de façon involontaire ?

Comment est votre mémoire ?

En quoi est-elle faible ?

Par exemple par rapport aux noms, aux lieux, aux visages, à ce que vous avez lu, etc.

Pleurez-vous facilement ? Qu'est-ce qui vous fait pleurer ?

Comment vous sentez-vous après avoir pleuré ?

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

Etes-vous irritable ? Qu'est-ce qui vous met en colère ?

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

Par exemple, tremblements, sueur, etc.

Aimez-vous la compagnie ? Ou préférez-vous la solitude ? Comment êtes vous sérieusement affecté par le désordre ou la saleté de votre environnement ?

Quels sont les plus importantes souffrances que vous avez vécues dans votre vie ?

Quelles sont les plus importantes joies que vous avez vécues dans votre vie ?

Quelles sont les activités que aimez le plus ?

Qu'est-ce que vous détestez le plus ?

A votre avis, quels aspects de votre psychisme et de votre humeur sont désagréables pour vous ?

Malgré votre prise de conscience et de votre maturité, êtes-vous incapable de changer ses aspects ?

Donnez une image claire de votre situation dans la vie et de vos relations avec chaque membre de votre famille, avec vos amis, vos collègues.

Comment vous apparaît l'avenir pour vous ?

Quand vous êtes libres, quelles pensées viennent à vous ?

Etes-vous soucieux/soucieuse ou malheureux/malheureuse de certaines conditions personnelles, familiales, économiques, sociales ou autres ?

Décrivez-le en détails :

Si vous aviez trois vœux à formuler, que demanderiez-vous

SOMMEIL

Décrivez la posture dans laquelle vous dormez, sur le dos, le côté, le ventre, etc. :

Etes-vous capable de dormir dans n'importe quelle position ? Dans quelle position ne pouvez-vous pas dormir ?

Pendant le sommeil, ronflez-vous ? Grincez-vous des dents ? Salivez-vous ? Suez-vous ? Gardez-vous les yeux ou la bouche ouverts ? Marchez-vous ? Parlez-vous ? Grommelez-vous ? Pleurez-vous ? Devenez-vous insomniaque ? Vous réveillez-vous en sursaut ?

Décrivez tout ce qui paraît inhabituel par rapport au sommeil (sommolence, insomnie, etc., le cas échéant)

Vous couvrez-vous ? Comment ? Devez-vous découvrir certaines parties du corps ? Lesquelles ?

Encerclez les types de rêves que vous faites

<p>Animaux</p> <p>Chats - Chiens</p> <p>Chevaux</p> <p>Animaux sauvages</p> <p>Serpents</p>	<p>Cambrioleurs</p> <p>Voleurs</p> <p>Anxieux</p> <p>Effrayés</p> <p>Fantômes</p>	<p>Voyager</p> <p>Conduire</p> <p>Voler</p> <p>Nager</p> <p>Drowning</p>	<p>Masons</p> <p>Fruits</p> <p>Arbres</p> <p>Eau</p> <p>Neige</p>	<p>Mort, De qui ?</p> <p>Cadavres</p> <p>Personnes mortes</p> <p>Parties du corps</p> <p>Suicide</p>
<p>Avoir faim</p> <p>Avoir soif</p> <p>Boire</p> <p>Manger</p>	<p>Feu</p> <p>Eclairs</p> <p>Orgage</p> <p>Pluie</p>	<p>Accidents</p> <p>Tomber</p> <p>Tirer (sur quelqu'un ou quelque chose)</p> <p>Guerres</p>	<p>Parler</p> <p>Chanter</p> <p>Danser</p> <p>Pleasant</p>	<p>Les affaires</p> <p>Argent</p> <p>Le travail quotidien</p> <p>Le travail oublié</p>
<p>Vomir</p> <p>Aller à selles</p> <p>Uriner</p> <p>Sang - saigner</p> <p>Excréments / soiling</p>	<p>Romantique</p> <p>Plaisir sexuel</p> <p>Viol</p> <p>Nudité</p>	<p>Douleur</p> <p>Maladie</p> <p>Sickness</p> <p>Mutilations</p>	<p>Prier</p> <p>Religion</p> <p>Temple Eglise</p> <p>Dieu</p>	<p>Failure / Examens</p> <p>Effort sans effets ? Pour quoi ?</p> <p>Rater le train</p> <p>Ne pas être prêt</p>
<p>Souffrance</p> <p>Pleurs Vexation</p> <p>Querelles</p> <p>Jalousie</p> <p>Insultes</p>	<p>Police Prison</p> <p>Crime</p> <p>Meurtre</p> <p>Tuer</p> <p>Poison</p>	<p>Malchance</p> <p>Insécurité</p> <p>Danger</p> <p>Etre poursuivi :</p> <p>- Par qui ?</p> <p>- Pour quoi ?</p>	<p>Si autre chose, spécifiez ci-dessous :</p>	
<p>Des gens</p> <p>Enfants Fêtes</p> <p>Anniversaires</p> <p>Mariage</p>	<p>D'évènements</p> <p>Remote</p> <p>Récents</p> <p>A venir</p> <p>Prophétique</p>	<p>Activité physique</p> <p>Activité mentale ou intellectuelle</p> <p>Fatigue</p>		
		<p>Colorés</p> <p>Multi-colorés</p>		

Veillez dessiner quelque chose qui vous vient à l'esprit à l'instant, ou votre dessin favori :

Pour les enfants ou pour
vous en tant qu'enfant (si vous êtes adulte maintenant)

- 1) Mettez une marque (X) si l'enfant ou si vous-même en tant qu'enfant avez l'une des qualités suivantes. Mettez deux marques (XX) si c'est plus intense

	Marque		Marque
Obstination		Frayeurs inhabituelles	
Accès de colère/rage		Timidité	
Désobéissance		Attachement inhabituel A qui ?	
Agression		Habitudes :	
Hyperactivité		Ronger les ongles	
Destruction		Sucer le pouce	
Courage		Attraper et jouer avec :	
Possessif		(a) certaines parties du corps de la mère	
Compétition – esprit gagnant		(b) châles, mouchoirs	
Jalousie entre frères et soeurs		(c) autre	
Compétences particulières		Religieux	
Désir inhabituels Pour quoi ?		Faiblesse de la mémoire	
Vantardises		Lenteur (en quoi ?)	
Voler, chaparder		Paresse / Indolence	
Dire des mensonges		Sensibilité / Emotions	

- 2) Ecrivez en détail si la mère (de l'enfant ou de vous-même) a souffert d'un quelconque stress physique ou émotionnel durant sa grossesse. Décrivez aussi les rêves qu'elle a faits pendant la grossesse.
- 3) Décrivez tout autre aspect ou caractéristique de l'enfant que vous trouvez frappant.
- 4) Décrivez un incident de la vie de l'enfant (ou de vous-même enfant) lorsqu'il ou elle a été contrarié ou perturbé.

COMMENT DECRIRE VOS PLAINTES

Avec l'homéopathie, la prescription est basée sur les détails précis et la variation des symptômes dont vous souffrez. Dire ou écrire à un médecin homéopathe « mal de tête », « éruption » ou « toux », ne sera pas suffisant. Si vous lui indiquez « J'ai un mal de tête avec de violentes douleurs au côté gauche de ma tête et à la tempe, ces douleurs viennent toujours au moindre courant d'air froid touche ma tête, les douleurs sont nettement moindres quand je me couche et me couvre la tête chaudement, et pire quand je me lève, quand je déambule ou ma tête se refroidit ». Vous n'avez donc qu'à donner toutes les informations requises pour qu'un bon traitement puisse être prescrit. Le succès de cette prescription dépend, largement, de comment vous détaillerez les symptômes.

Nous vous demandons aussi les détails suivants concernant vos symptômes :

LOCALISATION : veuillez donner l'exacte locations de votre sensation, de votre douleur ou de votre éruption. Décrivez également où la douleur ou la sensation s'étend. Utilisez le schéma suivant pour marquer cette location.

SENSATION : exprimez le type de sensation ou de douleur avec vos propres mots, mêmes simples ou drôles. Vous pouvez avoir l'impression qu'une souris trotte ou que le coeur est saisi par une main de fer ou vous pouvez avoir une douleur coupante, brûlante, oppressante. Exprimez vos sensations ou vos douleurs comme vous les sentez.

CE QUI VOUS AMELIORE OU VOUS EMPIRE : plusieurs facteurs sont susceptibles d'influencer vos troubles. Certains d'entre eux peuvent aggraver les troubles alors que d'autres les réduisent. Une liste détaillée de ces facteurs vous est proposée. Veuillez vous y référer pour décrire vos troubles et indiquez lesquels améliorent vos plaintes et lesquels les empirent.

ECOULEMENTS/PERTES : vous pouvez avoir un écoulement provenant d'un ulcère, fistule, éruption de la peau, poumons, yeux, nez, oreilles, bouche, parties intimes, etc. Veuillez décrire vos écoulements ou pertes sous tous leurs aspect,

- quantité et moment ou conditions dans lesquels ces quantités varient, quand cela va mieux ou moins bien, quand cela augmente ou diminue ;
- La consistance : est-ce fin, filandreux ou coagulé ?
- Est-ce que c'est comme de la gelée, comme du blanc d'oeuf, comme de l'eau, collant, gluant, est-ce que cela forme croûte, etc. ?
- Que vous rappelle leur odeur ?
- Est-ce que cela endolorie les parties, et de quelle manière ?

Veuillez marquer sur la figure suivante, les localisation de vos troubles et décrire les sensations exactes ou le type de douleur vous avez ressenti à ces endroits-là. Par exemple, si vous avez des douleurs lancinantes au côté droit de votre tête, veuillez le marquer sur le schéma.

