

## **Veillez s'il vous plaît lire cette page avant de remplir le formulaire**

*Vous êtes venu ici pour aller bien. 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 donnez**

*Pour que notre prescription soit couronnée de succès, nous devons connaître tous les détails de votre maladie. Nous devons aussi comprendre tous les traits qui vous appartiennent en tant qu'individu. Ceci inclus vos réactions aux différents facteurs, votre passé et votre histoire familiale et ce qui en vous est le plus singulier. Ces informations nous permettent de sélectionner un remède qui sera capable de vous guérir.*

**Le remède vous permettra également, de retrouver un bien être total**

*Afin de tout connaître de vous, nous vous poserons de nombreuses questions. Chacune de ces questions a un sens défini pour nous et une signification bien précise. Il n'y a pas une seule question qui ne serve à rien. 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. C'est pourquoi vous devez être sincère et libre et nous donner l'information la plus complète possible sur chaque point. S'il vous plaît, lisez chaque question avec soin, réfléchissez, et si besoin demandez à quelqu'un qui vous est proche ce qu'il en pense et ensuite répondez complètement. Ne gardez rien. Souvenez-vous que quoi que vous disiez, cela restera absolument confidentiel.*

### **Ce questionnaire comprend 8 parties**

- 1** Sur vos maladies passées. Prenez le temps de répondre à cette partie avec l'aide des membres de votre famille avant de venir nous voir.
- 2** Histoire de votre maladie actuelle.
- 3** À propos de toutes les parties de votre corps.
- 4** Concerne les facteurs qui affectent votre santé. Réfléchissez avec soin à chacun des facteurs mentionnés et écrivez les effets spécifiques qu'ils ont sur vous.
- 5** Sur votre état mental et votre nature émotionnelle. Dans cette partie, notez s'il vous plaît votre situation dans la vie et toutes les choses qui vous ennuient. Soyez totalement sincère et ouvert.
- 6** Sur votre sommeil et vos rêves.
- 7** Pour les enfants ou comment vous étiez lorsque vous étiez enfant.
- 8** Dans cette partie, on vous donne les instructions sur comment noter chacune de vos plaintes. Lisez d'abord ces instructions. Puis faites-en une liste et décrivez chacune comme il est dit dans les instructions.

**CONFIDENTIEL**

Date .....

Prénom et nom .....

Adresse .....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

Téléphone personnel .....

Téléphone travail .....

Téléphone portable .....

Email .....

Âge .....

Date de naissance .....

Sexe .....

Non Végétarien / Végétarien / Végétalien

Célibataire / Marié / Divorcé / Veuf

Profession / Occupation .....

Études .....

Adressé par .....

# Antécédents

## Antécédents médicaux, médicamenteux et chirurgicaux

Toutes les maladies, les intoxications, les drogues ou les accidents laissent leurs marques et affaiblissent l'organisme, beaucoup plus que ce que l'on peut imaginer.

Les traitements homéopathiques prennent en compte tous les détails du passé et donc suppriment tous ces points de faiblesse. Ainsi votre organisme est renforcé. Par conséquent, il est nécessaire pour nous, de tout savoir sur les affections dont vous avez souffert dans le passé et les traitements que vous avez pris.

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 tous les détails.

Typhoïde Choléra Intoxication alimentaire Verminose Diarrhée Dysenterie	Rougeole Rubéole Varicelle Variole Oreillons Coqueluche	Malaria Jaunisse <b>Maladies :</b> - du foie - de la rate - de la vésicule biliaire	Fausse couche Avortement Curetage Maladie durant la grossesse. Prolapsus utérin
Malnutrition Rachitisme Rhumatisme Maux de dos	Maladie vénérienne comme la Syphilis Gonorrhée, etc.	Maladies cardiaques Hypertension artérielle Vertige	Infection urinaire Pyélonéphrite Diabète Trouble de la prostate
<b>Interventions chirurgicales sur :</b> - Les Amygdales - L'Abdomen - L'Appendice - Hémorroïdes - Calculs rénaux - Calculs vésiculaire - Phimosis - Hydrocèle - Cataracte <b>Mode d'anesthésie :</b> locale ou régionale	Diphtérie Amygdalite Sinusite récurrente Bronchite allergique Froid (Rhinite) Frisson Fièvre Pneumonie Asthme Pleurésie Tuberculose		Choc Chagrin Déception Peur Bouleversement mental Dépression nerveuse
Maux de tête chroniques Malaise Crampe Crises Convulsions Poliomyélite Paralysie Méningite Ponction lombaire	Accidents ou blessures au niveau du corps ou de la tête. Épisode de malaise avec inconscience Hémorragies conséquentes d'une partie du corps		Maladies de peau telles que : Boutons, Abcès, Furoncles Mycose, Gale Eczéma, Herpès Urticatoire, Allergie Ulcère d'une partie du corps



# Antécédents familiaux

Liste des maladies principales
Anémie
Cancer
Diabète
Démence
Rhumatisme
Tuberculose / Pleurésie
Lèpre
Épilepsie/convulsions
Tendance hémorragique
Urticaire
Eczéma
Asthme
Paralysie
Hypertension
Troubles cardiaques
Affection rénale
Affection hépatique

Lien parenté	En vie / Décédé	Âge	Maladies	Cause du décès
Grand-père paternel				
Grand-mère paternelle				
Grand-père maternel				
Grand-mère maternelle				
Père				
Mère				
	<b>Maladies</b>			
Oncle paternel				
Tante paternelle				
Oncle maternel				
Tante maternelle				
Cousin, frère, soeur paternels				
Cousin, frère, soeur maternels				
Certains membres de votre famille ont-ils des troubles semblables aux vôtres ?				



# Histoire personnelle

## Au sujet de votre naissance

Votre maman a-t-elle eu des problèmes pendant la grossesse ?

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

A-t-elle pris des médicaments pendant la grossesse ? Si oui, quels étaient-ils ?

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

Y a-t-il eu des difficultés au moment de votre naissance (accouchement) ?

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

À quel âge avez-vous commencé à :

Avoir vos premières dents	
Vous asseoir	
Vous tenir debout	
Marcher	
Parler	
Propreté diurne / nocturne	
Manger des choses indigestes comme : la chaux, la craie, la terre, ou autres	
Autres problèmes au sujet de votre croissance ou développement ..... .....	

Mettez une marque (X) si vous avez été mordu par un des animaux suivants :

Chien	
Rat	
Serpent	
Scorpion	
Autre	Précisez : .....

Si c'est le cas, indiquez l'ordre dans lequel vous avez été mordu :

.....  
.....

Avez-vous pris des traitements antirabiques, anti-venimeux ou autres traitements similaires ?

.....  
.....

### Vaccinations et inoculations

Indiquez le nombre de fois où vous avez été vacciné par les vaccins suivants :

- Diphtérie .....
- Tétanos .....
- Polio .....
- Coqueluche .....
- Rougeole .....
- Rubéole .....
- Oreillons .....
- Hépatite B .....
- Variole .....
- Choléra .....
- Fièvre jaune .....
- Autres (précisez) : .....

Avez-vous eu des réactions ou des troubles particuliers après ces vaccinations ou inoculations ?

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

Si vous êtes en couple, comment est la santé de votre conjoint ?

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

Nombre d'enfants vivants ou décédés. S'ils sont décédés, quelle en est la cause ?

.....  
.....

Mentionnez l'âge des enfants et leur état de santé.

.....  
.....

Nom de l'enfant	Sexe (F/M)	Âge	Maladies



Avez-vous eu des fausses couches, avortement ou mort-né ?

.....

Vos habitudes	Combien
Cigarettes	
Pipe	
Tabac à priser	
Tabac à mâcher	
Alcool	
Thé	
Somnifère	
Laxatifs	
Autres (précisez):	



# Votre corps

## Appétit et soif

Comment est votre appétit ?

.....

Quand avez-vous faim ?

.....

Que se passe t-il si vous devez rester avec votre faim pendant une longue période ?

.....

À quelle vitesse mangez vous ?

Comment est votre soif ?

.....

Y a t-il un horaire particulier auquel vous avez soif ?

.....

Avez-vous perçu des changements particuliers dans le goût ou dans les sensations dans votre 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			
Boue / Craie			

	Aime	N'aime pas	Dérangeant
Œufs			
Nourriture épicée			
Viande			
Poisson			
Choux			
Oignon			
Nourriture ou boisson brûlante			
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 gazs ? Décrivez-les.

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

## Miction et urine

Avez-vous des problèmes avec vos urines ?

Une forte odeur ? Quelle 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)**

Des excès sexuels dans le passé ou le présent ?

Ont-ils eu des effets sur votre santé ?

Comment vous sentez-vous après un rapport sexuel ?

Y a-t-il des sensations particulières ou des symptômes qui apparaissent avant, pendant ou après un rapport sexuel ?

Est-ce que vous souffrez de troubles sexuels ?

.....  
Avez-vous des habitudes sexuelles (comme masturbation etc.) dans le passé aussi bien que dans le présent ?

.....  
À quelle fréquence ?

.....  
Des inclinations ou pratiques homosexuelles ?

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

.....  
Avez-vous eu un désir sexuel augmenté ou diminué ?

.....  
Quelle méthode de contraception utilisez-vous ?

.....

## **Pour les hommes**

Érection difficile ?

.....  
Érection absente ?

.....  
Érection non désirée ?

.....  
Érection défaillante ?

.....  
Érection faible ? Décrivez en détail.

.....  
D'autres troubles sexuels ? Décrivez en détail.

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

## **Pour les femmes**

Règles : Sont-elles régulières ? Irrégulières ?

.....  
À quel âge avez-vous eu vos premières règles ?

.....  
À ce moment là, y avait-il des problèmes ?

.....  
Quel est l'intervalle qui sépare 2 périodes de règles ?

.....  
Combien de jours durent les règles ?

.....  
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 ?

.....  
.....

Y a-t-il des taches difficiles à laver ?

Avez-vous remarqué des variations dans la qualité ou la quantité du flux pendant les règles ?

Comment et quand ?

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

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 ?

Quel est l'effet de ces pertes sur votre ressenti en général ?

Le ressenti de n'importe lequel de vos symptômes ?

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

Avez-vous des gazs qui sortent du vagin ?

Avez-vous des problèmes au niveau des seins ?

## **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 OÛÏE ?

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 ?

.....  
Ou est-ce qu'ils alternent de côté ?

.....  
Ou est-ce qu'ils changent de côté ?

.....  
Est-ce que vous tremblez ? Quand ?

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

.....  
Quand est-ce qu'elles apparaissent ?

.....  
Est-ce dans un endroit particulier du corps ?



# Les facteurs qui vous affectent

L'exposition à certains facteurs de la liste suivante peut avoir un effet spécifique sur vous.

**Notez de quelle façon chacun de ces facteurs peut vous affecter.**

Êtes-vous amélioré ou aggravé par chacun de ces éléments ?

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 ».

Autre exemple, si vous ressentez un malaise (gêne / inconfort) par la chaleur, vous notez « malaise » dans la colonne en face de chaleur.

Vous notez ainsi l'effet de chacun des éléments et plus particulièrement, 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 allongé sur le dos, dans la colonne correspondante à allongé sur le dos vous écrivez : « aggravation de l'asthme ».

Parfois un élément entraîne une amélioration dans un secteur (aspect) et une aggravation dans un autre secteur. Par exemple, l'air froid provoque des maux de tête mais vous fait vous sentir mieux en général. Dans ce cas, signalez clairement cette différence.

**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	
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...)	

## 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 absolument nécessaire de comprendre votre nature psychique et émotionnelle. Ainsi nous pourrons vous traiter dans votre ensemble.*

*Afin de vous comprendre, nous allons vous poser certaines questions. Répondez-y librement, soigneusement et complètement. Cette information nous aidera beaucoup à vous donner le remède correct. De plus ce remède aidera aussi à améliorer votre état mental.*

**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 ? De quels symptômes souffrez-vous quand vous êtes jaloux ?

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

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 ?

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







# 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 vos yeux ou votre bouche ouverte ? 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		

# Dessin

*S'il vous plaît, dessinez quelque chose qui vient à votre esprit maintenant ou bien votre dessin favori. Si vous répondez par mail, dessinez sur une feuille que vous amènerez à la consultation.*

# Pour les enfants

**ou**

# vous quand vous étiez enfant

*(Si vous êtes un adulte)*

*S'il vous plaît, cochez une fois (X) si l'enfant ou vous en tant qu'enfant avez eu une de ses qualités. Cochez deux fois (XX) si elles sont plus accentuées.*

	Cochez ici		Cochez ici
Obstination		Peurs inhabituelles	
Crises de colère		Timidité	
Désobéissance		Attachement inhabituel À qui ? .....	
Agressivité		Habitudes comme : - Se ronger les ongles - Sucrer le pouce	
Hyperactivité			
Destructeur			
Courage		Choisir et jouer avec :	
Possessivité		- Des parties du corps de la mère - Des foulards ou des mouchoirs	
Esprit de compétition			
Jalousie dans la fratrie		- Autre .....	
Un talent particulier		Religieux	
Désir inhabituel pour quoi ? .....		Manque de mémoire	
Vantardise		Lenteur En quoi ? .....	
Voler		Paresse/Indolence	
Raconter des mensonges		Sensibilité/Émotivité	

Écrivez en détail si la mère a souffert pendant la grossesse de stress physique ou émotionnel. Décrivez aussi les rêves que la mère a eu pendant la grossesse.

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Décrivez d'autres aspects que vous ressentez comme ayant été marquants dans l'enfance.

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Décrivez un incident de l'enfance quand il / elle a été très vexé, bouleversé, peiné.

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

# Comment décrire vos plaintes

En homéopathie, la prescription est basée sur les détails précis des différents symptômes dont vous souffrez. Dire ou écrire à un homéopathe « J'ai mal à la tête », « J'ai une éruption », ou « Je tousse », ne serait pas suffisant. Si vous lui dites « J'ai un mal de tête avec une douleur vive, lancinante du côté gauche au niveau des tempes. Ces douleurs reviennent chaque fois que le moindre courant d'air me saisit au niveau de la tête. Les douleurs sont nettement calmées en position allongée avec la tête recouverte chaudement et très aggravées en se levant, en marchant ou lorsque la tête se refroidit ». Alors seulement à ce moment, vous avez donné toutes les informations nécessaires à une bonne prescription homéopathique. Le succès de la prescription dépend largement de la manière détaillée dont vos symptômes ont été décrits.

**Nous avons besoin des détails suivants à propos de vos symptômes :**

**LOCALISATION :** S'il vous plaît, donnez la localisation exacte de la sensation, de la douleur ou de l'éruption. Décrivez également où la douleur et la sensation diffusent. Vous pouvez utiliser la figure de la page 31 pour indiquer la localisation.

**SENSATION :** Formulez le type de sensation ou de douleur que vous ressentez dans vos propres mots, même si cela paraît simple et drôle. Vous pouvez avoir la sensation qu'une souris rampe ou que le coeur est saisi d'une main de fer, ou bien vous pouvez avoir une douleur coupante, brûlante, une sensation de secousse, de pression. Exprimez la sensation ou la douleur comme vous la ressentez.

**CE QUI VOUS AMÉLIORE OU VOUS AGGRAVE :** De nombreux facteurs sont susceptibles d'influencer vos symptômes. Certains facteurs peuvent les aggraver, d'autres peuvent les soulager. Une liste détaillée des facteurs est donnée de la page 17 à la page 19. S'il vous plaît, reportez vous à ceux ci pour décrire chacun de vos troubles et indiquez lequel des facteurs améliore ou aggrave les symptômes.

**ÉCOULEMENTS :** Vous pouvez avoir des écoulements d'un ulcère, d'une fistule, d'une éruption sur la peau, des poumons, des yeux, du nez, des oreilles, de la bouche, des parties intimes, etc. S'il vous plaît, décrivez le type d'écoulement sous leurs différents aspects :

- L'abondance, les moments et sous quelles conditions la quantité varie, c'est-à-dire quand cela s'améliore ou quand cela s'aggrave, quand cela augmente ou décroît?
- La consistance; est-ce fin ou épais, filandreux ou coagulé?
- Est-ce comme de la gelée, blanc comme un oeuf, est-ce comme de l'eau, est-ce collant, formant une croûte etc.
- L'odeur, que cela vous rappelle t'il?
- Est-ce irritant localement et de quelle manière?

Inscrivez sur la figure ci dessous, la localisation de vos troubles et écrivez la sensation exacte ou le type de douleur que vous ressentez à ces endroits. Par exemple, si vous avez une douleur pulsatile du côté droit de votre tête, inscrivez la comme cela est montré.









