

RAMENER CE DOCUMENT RENSEIGNÉ LE JOUR DE LA SEANCE

Merci de venir en vêtements souples,
nous enlèverons les chaussures

Veillez remplir ce questionnaire aussi précisément et sincèrement que possible.
Ce questionnaire sera traité de façon confidentielle et sans aucun jugement !

Date :	
Nom et Prénom:	
Date de naissance :	Age :
Sexe :	
Adresse :	
Profession :	
Situation personnelle (en couple, célibataire...) :	
Enfants :	

Autres intervenants consultés :
Depuis combien de temps?

Droitier ou Gaucher ?

Alimentation :
Préférence Sucrée ou salée :
Comment dormez-vous ?

Informations concernant les circonstances de votre naissance :

Grossesse désirée ?
Évènement particulier à signaler ?
Décès dans la famille avant ou pendant ?
Maladie, prise de médicaments par la maman ?
Durée de l'accouchement :
Péridurale ?
Poids/taille de naissance ?
Provoqué ?
Né à terme ? prématuré ?
Problèmes pendant l'accouchement ?
Césarienne ? Forceps ? Autres complications ?
Problèmes après la naissance ?
Autre(s) élément(s) à communiquer concernant la grossesse et l'accouchement :

Pouvez-vous me faire part de votre objectif dans la séance en précisant si vous vous sentez concerné par les thématiques suivantes :

Peurs

Douleurs

Hypersensible à la lumière

Sommeil

Hypersensible au toucher

Gestion des émotions

Hypersensible au bruit

Relation à l'autre

Mauvaise posture

Relation aux aliments

Problème articulaires

Quel objectif souhaitez-vous atteindre dans cet accompagnement ?