**MEDICAL DETAILS / INFORMATIONS MEDICALES**

**Á remplir en anglais et à retourner au centre : rajahayurveda@gmail.com**

Surnane and Name/Nom et Prénom : Age :

Male or Female/Homme ou Femme :

Weight/Poids : Height/Taille :
Martital Status : Married/Marié Single/Célibataire  Widower/Veuf
Children/enfants :

 **PRESENT ILLNESS / Maladies actuelles**

List of present health problems with duration of each and how it started and progressed / Liste de vos problèmes de santé actuels, leur durée, leur commencement et leur progression.

1)

2)

3)

4)

1. DETAILS OF MEDICAL INVESTIGATIONS DONE, IF ANY:

Détails des bilans et diagnostiques médicaux effectués :

1. CURRENT MEDICATION / Traitements actuels (soins, médicament, etc.) :
2. FAMILY HISTORY / Antécédents familliaux :
3. PREVIOUS SURGERY / Opérations chirurgicales :

**CURRENT TROUBLES/ Troubles actuels**

1. **STATE OF DIGESTION / Système digestif (mettre une croix)**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| PAIN douleurs intestinales |  | DYSPHAGIA déglutition |  |
| APPETITE appétit |  | DIARRHOEA diarrhée  |  |
| VOMITING nausées |  | CONSTIPATION constipation |  |
| FLATULENCE gaz |  | BOWEL TROUBLES troubles du transit |  |
| WATER BRASH reflux |  | ACIDITY acidité  |  |

 **BOWEL TRANSIT / Transit (mettre une croix)**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| EARLY MORNING au réveil |  | VARIES timing variable |  |
| AFTER BREACKFASTaprès le petit déjeuner |  | STOOLS HARD DRY selles sèches et dures |  |
| AFTER LUNCH après déjeuner |  | STOLLS LOOSE sèches molles |  |
| EVENING fin de journée |  | HAEMATURIA sang dans les selles |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **YOUR APPETITE/Votre appétit**  | Yes | No |
| Regular appetite? Appétit régulier?  |  |  |
| Do you feel real hunger? Ressentez-vous une vraie faim? |  |  |
| Before lunch? Avant le déjeuner?  |  |  |
| Before dinner? Avant le dinner?  |  |  |
| Do you often feel the urge for something in between meals? Grignotage entre les repas?  |  |  |
| Do you usually eat even if you are not really hungry? Mangez-vous sans faim? |  |  |
| Do you feel heaviness, drowsiness or tired after eating? Vous sentez-vous lourd, somnolent, fatigué après avoir mangé? |  |  |

1. **RESPIRATORY SYSTEM / Système respiratoire (mettre une croix)**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| COUGH toux |  | WHEEZE respiration sifflante, bruyante |  |
| SPUTUM crachats |  | CHEST PAIN poitrine douloureuse |  |
| BREATHING TROUBLES troubles respiratoires |  | ALLERGY allergies respiratoires |  |

1. **NERVOUS SYSTEM / Système nerveux (mettre une croix)**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| STROKE avc |  | TREMOR tremblements |  |
| EPILEPSY épilepsie  |  | DISCOMFORT malaises  |  |
| DIZZINESS confusion |  | NUMBNESS engourdissements |  |
| HEADACHE migraines |  | SENSES troubles des 5 sens  |  |
| LOSS OF BALANCE vertiges |  | BULK AND TONE OF MUSCLE troubles musculaires (fonte, douleurs) |  |

1. **CARDIO VASCULAR SYSTEM / Système cardio-vasculaire (mettre une croix si concerné)**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| DYSPNOEA éssouflement |  | COUGH toux |  |
| PAIN douleur contraction |  | OEDEMA oedeme pulmonaire |  |
| PALPITATION palpitations |  | OTHERS autres |  |

1. **URINARY SYSTEM / Système urinaire (mettre une croix si concerné)**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| MICTURITION mictions irrégulières |  | HAEMATURIA sang dans les urines |  |
| PAIN douleurs lors de l’urination |  | OEDEMA vessie gonflée |  |
| PUS pus dans les urines |  | URINE INFECTIONS infection urinaire |  |

1. **LOCOMOTOR SYSTEM / Système articulaire (mettre une croix si concerné)**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| PAIN douleurs |  | BACK PAIN douleur dans le dos |  |
| SWELLING gonflements |  | TENDERNESS fragilité articulaire  |  |
| MOVEMENTS raideurs |  | CREPITUS craquements |  |

1. **MENSTRUAL HISTORY / Cycle menstruel (mettre une croix si concerné)**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| IREGULAR irregulier |  | HEADACHE migraine |  |
| LESS peu abondant |  | CLOTS caillots |  |
| MORE très abondant  |  | ASSOCIATED WITH SYNDROME autres symptômes |  |

1. **ALLERGIES IF ANY / Allergies éventuelles :**

**DAILY ROUTINE \_ Routine quotidienne**

1. **DIET ALIMENTATION/ Habitudes alimentaires**
* Time for Breakfast/Heure du petit déjeuner :

Dietary Habits/Que mangez-vous?

* Time for Lunch/Heure du déjeuner :

Dietary habits/Que mangez-vous?

* Time for Diner/Heure du diner:

Dietary habits/Que mangez-vous?

* Do you eat any sweets with meals or separate? Mangez-vous ces aliments sucrés pendant vos repas ou en dehors?
* What do you drink with food? Que buvez-vous pendant vos repas?
* If you drink coffee – how many cups a day? Si vous buvez du café, combien de tasses par jour?
* Is it something that you do not like or do not feel well of? Y a-t-il des choses que vous n’aimez pas ou qui vous rendent malade?
* Do you regularly use yoghurt, cheese, milk, cream, margarine, meat, fish, egg? Mangez-vous régulièrement : des produits laitiers, des viandes, des poissons et des œufs?
* Are you vegetarian? Végétarien?
1. **SLEEP / Sommeil**
* BEDTIME/Heure du coucher :
* TIME TO WAKE UP/Heure du lever:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | Yes | No | Varies |
| Sound? Ronflements?  |  |  |  |
| Disturbed ? Perturbé?  |  |  |  |
| Wake up with without alarm? Réveils sans alarme?  |  |  |  |
| Do you fall asleep easily? Vous endormez vous facilement? |  |  |  |
| Do you usually sleep all night without interruptions? Pas de réveil nocturne? |  |  |  |
| Are you rested, happy and alert? Êtes-vous reposé, heureux et dynamique? |  |  |  |
| Do you sleep daytime? Sieste?  |  |  |  |

1. **OTHER/Autres informations ?**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | Yes | No | Varies |
| Do you put aside time for yourself every day? Avez-vous du temps pour vous chaque jour? |  |  |  |
| Do you practice yoga, relaxation or meditation? Yoga, relaxation ou méditation? |  |  |  |
| Addictions if any? Addictions éventuelles?  |  |  |  |
| Witch kind: smoking, alcohol, others? Tabac, alcool, autres? : |  |  |  |

**YOUR PRAKRITI \_Votre constitution de naissance**

Answer to the online test and report here the result. This test, validated by your ayurveda doctor, is now online, to avoid unnecessary printing. Réalisez le test en ligne et reportez ici le résultat. Ce test, validé par vos médecins, est désormais en ligne pour éviter des impressions inutiles.



Retrouvez ce test :

* Sur le menu de : Ayurvéda, le club
* En copiant ce lien dans votre barre de recherche <https://ayurveda-club.com/test-prakriti/>
* En photographiant ce QR code

**Your Prakriti is/Votre constitution de naissance est** **:**
Your doctor provide you about your Vikriti. Votre médecin vous renseignera sur votre Vikriti, sur vos déséquilibres.