

**BHAWANI AYURVEDA**

**Dr. Manan Soni**

B.A.M.S | Panchakarma Physician

&

**Emmanuelle Soni-Dessaigne**

Ayurvedic Therapist | Geobiologist | Naturopathy-Herbalism

Thérapeute en Ayurvéda | Géobiologue | Naturopathie-Herboristerie

 **Address/Adresse**

Bhawani Ayurveda Centre

vpo Bir Tehsil Baijnath

District Kangra

 Himachal Pradesh 176077

India

**Email/Courriel**

Contact.bhawaniayurveda@gmail.com

**Website/Site Internet**

[www.bhawaniayurveda.com](http://www.bhawaniayurveda.com)

[www.callistea.com](http://www.callistea.com)

**Facebook**

[www.facebook.com/bhawaniayurveda](http://www.facebook.com/bhawaniayurveda)

[www.facebook.com/callisteacom](http://www.facebook.com/callisteacom)

**YOUTUBE**

[**https://www.youtube.com/channel/UCICvj6t4X68P3LGCDMfLTYw/**](https://www.youtube.com/channel/UCICvj6t4X68P3LGCDMfLTYw/)

**Vous voulez voir renaitre la médecine, participez au projet L’Amour Médecin :**

[**www.lamourmedecin.org**](http://www.lamourmedecin.org)

**HEALTH INQUIRY /**

**QUESTIONNAIRE DE SANTÉ**

Date :

Purpose of consultation, major health problems you face / Objectifs de la consultation, problèmes auxquels vous faites face:

Since when/how long? / Depuis quand et combien de temps?

Are you followed by another Dr. or practitioner? Êtes-vous suivi(e) actuellement par un autre médecin ou praticien ?

For which conditions? /Pour quels soucis?

# PERSONAL INFORMATION/INFORMATIONS PERSONNELLES

|  |  |
| --- | --- |
| Name/ Nom  |   |
| Forname/ Prénom  |   |
| Gender/Genre |  |
| Date of Birth/ Date de naissance & Age |   |
| Height / Taille  |  |
| Weight / Poids | Current :  One year ago :  In your 20’s :  Actuel :  Il y a 1 an :  A 20 ans : |
| Blood type / Groupe sanguin |  |
| Living place( Climate, travels, flat or house,etc. ) /Lieu de vie ( climat, voyages, type d’habitation, etc.) |  |
| E-mail  |   |
| Website or blog / Site web ou blog |  |

# MEDICAL INFORMATION / INFORMATIONS MEDICALES

Details of symptoms (Frequency, duration, occurrences, apparition, intensity / Détail des symptômes (Fréquence, durée, occurrences, apparition, intensité) :

Medication/Medicaments:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| NAME/NOM | BRAND/MARQUE | DOSE/DOSAGE | FREQUENCY/DURATION-FREQUENCE/DUREE |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

Are you pregnant or is there a possibility that you would be? / Êtes-vous enceinte ou est-il possible que vous le soyez?

Please tell in which phase of your feminity you are ( Puberty, Menstruations, preparing for or post pregnancy, Menopause ) and how you live it? / Veuillez décrire dans quelle phase de votre feminité vous êtes ( Puberté, Règles, préparation a la grossesse ou post grossesse, Ménopause ) et comment vous la vivez?

Surgery or hospitalization (Please detail)/ Chirurgie ou hospitalisation (Veuillez detailler) :

Did you ever do alternative practices such as colonic hydrotherapy, fasting, etc. ( if yes, when and duration) / Avez vous deja pratique certaines therapies dites alternatives tel que hydrotherapie du colon, jeune, etc. ( si oui, quand, et duree ) ?

Allergies (Food, pollen, plants, products, medicine, etc.) / (nourriture, pollen, plantes, produits, médicaments…) :

Anything else to mention / Autres antécedents à mentionner :

Appetite and digestion / Appétit et digestion :

Elimination (toilet, urines, menstruations – aspect and frequency / aspect et fréquence) :

Sleep / Sommeil (time and waking time, aspect / temps et horaires de réveil, aspect) :

# HABITS AND LIFESTYLE INFORMATION / INFORMATIONS SUR VOTRE STYLE DE VIE ET HABITUDES

**Lifestyle and habits / Style de vie et habitudes (Alcohol/Alcool, Smoking/Tabac…) :**

Smoking ( duration, amount, when ) / Tabac ( Duree, quantite, quand )

Recreational drugs ( Types, amount, frequency ) / Drogues ( Types, quantite, frequence )

Exercise ( Type, Duration, Frequency ) / Sport ou exercices ( Type, duree, frequence )

**Diet habits and drinks ( coffee, tea, stimulants…) / Habitudes alimentaires et boissons ( the, café, stimulants…) :**

Alcohol ( if yes, type, frequency, quantity ) / Alcool ( Si oui, type, frequence, quantite)

Coffee ( if yes, type, frequency, quantity ) / Cafe ( Si oui, type, frequence, quantite)

Tea ( if yes, type, frequency, quantity ) / The ( Si oui, type, frequence, quantite )

Detail 2 typical days of meal and eating habits / Detaillez deux jours types en terme de repas/habitudes alimentaires

Typical meal 1 / Repas type 1

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Meal/Repas | Content ( cooking or preparing method, food, spices,etc. ) / Contenu (mode de cuisson ou préparation, aliments, assaisonnements, etc.)  | Time/Horaire | Quantity or Appetite status /Quantite ou force de l’Appetit  |
| Breakfast/Petit Dejeuner |  |  |  |
| Lunch/Dejeuner |  |  |  |
| Snacks/Gouter |  |  |  |
| Dinner/Diner |  |  |  |

Typical meal 2 / Repas type 2

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Meal/Repas | Content ( cooking or preparing method, food, spices,etc. ) / Contenu (mode de cuisson ou préparation, aliments, assaisonnements, etc.)  | Time/Horaire | Quantity or Appetite status /Quantite ou force de l’Appetit  |
| Breakfast/Petit Dejeuner |  |  |  |
| Lunch/Dejeuner |  |  |  |
| Snacks/Gouter |  |  |  |
| Dinner/Diner |  |  |  |

Do you have and/or indulge in sugar , desserts or sweet cravings ( if yes, how often, when, what, quantity ) / Avez vous des rages de sucres, de douceurs ou de desserts, et y cedez vous ( si oui, frequence, quand, quoi, quantite ) ?

Did you ever followed some diet program ( If yes, please describe what, how and when )/ Avez-vous déjà suivi un regime ou une alimentation specifique ( si oui, detaillez quoi, comment et quand ) ?

# PSYCHE AND EMOTIONS / EMOTIONS ET PSYCHOLOGIE

Family situation ( single, married, divorced, children, brothers and sisters…) / Situation Familiale ( célibataire, marié, divorcé, enfants, freres et soeurs…)

Parental situation ( age, health, relationship…) / Situation Parentale ( vivants ou décédés, âge, état de sante, relation…)

Professional situation (Branch, studying or working, unemployment, retirement, sitting or standing, hours and days, indoor or outdoor ...) / Situation Professionnelle (branche, étude ou travail, arrêt, chômage, retraite, assis ou debout, horaires et jours, intérieur ou extérieur…)

Reccuring emotions and patterns / Émotions ressenties, récurrentes

Passions, hobbies and activities / Passions, loisirs et activités

If possible, though it is not mandatory, please send a picture of your tongue as the tongue reflects the internal state of health (organs, toxins, etc.) and it can help us to comprehend better what is affecting you. /

S’il vous est possible, mais ce n’est en aucun cas obligatoire, envoyer une photo de votre langue car la langue reflète l’état de sante interne (organes, toxines, etc.) et cela peut nous aider à mieux appréhender ce qui vous affecte.

|  |
| --- |
| **Note that this form is at our attention only and will remain confidential, protected by professional secrecy, and in no condition will be shared, shown or used for any other purpose than medical. /****Notez que ce questionnaire est à notre attention seulement et restera confidentiel, protégé par le secret professionnel, et ne sera en aucun cas diffusé, divulgué ou utilisé à des fins autres que médicales.** |