

QUESTIONNAIRE PRÉ-CONSULTATION BIEN-ÊTRE

Merci de prendre le temps de remplir ce questionnaire. Tes réponses m'aideront à créer avec toi un protocole de santé personnalisé qui correspond à tes besoins et objectifs.

Informations Personnelles

1. Nom complet :
2. Âge :
3. Sexe :
4. Profession :
5. Coordonnées (Email/Téléphone) :
6. Méthode de contact préférée (Téléphone, Email, SMS) :
7. Nom et numéro de téléphone d'une personne à contacter en cas d'urgence :

Antécédents de Santé

1. Quelles sont tes principales préoccupations ou défis en matière de santé ?
(par exemple, stress, problèmes de sommeil, problèmes digestifs, douleurs chroniques, soutien immunitaire, etc.)
2. Depuis combien de temps éprouves-tu ces problèmes ?
3. As-tu été diagnostiqué(e) avec des conditions médicales ?
Si oui, merci de les lister.
4. Prends-tu actuellement des médicaments ou des compléments alimentaires ?
Si oui, merci de les lister avec les dosages.
5. As-tu des allergies ou des sensibilités ?
(par exemple, aliments, médicaments, facteurs environnementaux, etc.)
6. As-tu déjà utilisé des huiles essentielles ou des compléments alimentaires ?
Si oui, merci de partager ton expérience.
7. As-tu des restrictions ou préférences alimentaires ?
(par exemple, végétarien, végétalien, sans gluten, etc.)
8. Comment décrirais-tu ton niveau actuel d'activité physique ?
(par exemple, sédentaire, modérément actif, très actif)
9. Sur une échelle de 1 à 10, comment évaluerais-tu ton niveau d'énergie actuel ?
10. Sur une échelle de 1 à 10, comment évaluerais-tu ton niveau de stress actuel ?

Mode de Vie & Habitudes

1. Combien d'heures de sommeil obtiens-tu en moyenne par nuit ?
2. Comment décrirais-tu la qualité de ton sommeil ?
(par exemple, reposant, interrompu, difficulté à s'endormir, etc.)
3. Quelle est ta consommation quotidienne d'eau ?
(par exemple, nombre de verres par jour)
4. Comment gères-tu actuellement le stress ?
(par exemple, exercice, méditation, loisirs, etc.)
5. Estimes-tu que tu aurais besoin de soutien dans la gestion du stress ?
OUI/NON
6. Dans quels magasins achètes-tu, actuellement tes produits personnels (maison, santé, beauté) ?
7. Sélectionne tous les produits que tu utilises pour toi et ta famille régulièrement ou sporadiquement:
 - Multivitamines, Enzymes, Oméga, Probiotiques, Autres vitamines/compléments
 - Anti-inflammatoires/Antidouleurs, Anti-acides, Baume/crème musculaire, Pastilles pour la gorge, Sirop pour la gorge, capsules & produits pour rhume et grippe
 - Savon bain et douche, Savon pour les mains
 - Tonique visage, Nettoyant visage, Sérum Anti-âge, Crème hydratante visage, Masque visage, Sérum et-ou crème pour le corps, Gommage pour le corps, Crème pour les mains, Produits pour l'acné
 - Lessive pour le linge, Produits ménagers, nettoyeurs tout usage, Pastilles ou liquide à lave-vaisselle
 - Shampoing, Revitalisant/conditioner, Produits réparateurs cheveux
 - Dentifrice, Bain de bouche, déodorant, Crème solaire
 - Collagène, Produits nutrition (Protéines, Greens, Fibres)
 - Produits pour le sommeil
 - Produits pour bébé (savons, érythème fessier etc.)
8. Combien dépenses-tu, en moyenne, par mois pour l'achat de tous ces produits ?

Objectifs & Attentes

1. Quels sont tes principaux objectifs de santé pour les 3 prochains mois ?
(par exemple, perte de poids, amélioration du sommeil, réduction du stress, augmentation de l'énergie, etc.)
2. À quoi ressemblerait le succès pour toi à la fin de cette période de 3 mois ?

3. Y a-t-il des domaines spécifiques de ta santé sur lesquels tu aimerais te concentrer en premier ?

(par exemple, alimentation, exercice, bien-être mental, sommeil, etc.)

4. À quel point es-tu engagé(e) à apporter des changements dans ton mode de vie ?

(Sur une échelle de 1 à 10, 10 étant pleinement engagé/e)

5. As-tu rencontré des obstacles dans le passé en essayant d'atteindre tes objectifs de santé ?

Si oui, merci de décrire.

6. Y a-t-il quelque chose de spécifique que tu aimerais apprendre ou atteindre grâce à l'utilisation des huiles essentielles et compléments alimentaires doTERRA ?

7. As-tu des préoccupations ou questions que tu aimerais aborder lors de nos séances ?

8. Pourrais-tu être intéressé/e à parler des produits doTERRA avec ton entourage et recevoir de l'argent pour payer tes commandes?

OUI/PEUT-ÊTRE/NON

9. Y a-t-il autre chose que tu voudrais que je sache avant de commencer ?

Merci d'avoir complété ce questionnaire !

J'ai hâte de travailler avec toi sur ton parcours de santé et de créer un plan personnalisé qui répond à tes besoins.

Les informations contenues dans ce questionnaire sont à caractère strictement confidentiel et ne seront jamais divulguées à autrui sauf obligation contraire par la loi.