

QUESTIONNAIRE YOGA THERAPEUTIQUE DES HORMONES POUR LA FEMME

Rappel : En raison de l'augmentation de la quantité d'œstrogènes durant cette pratique, ce stage ne peut pas être suivi par les femmes enceintes, les femmes souffrant (ou ayant souffert) d'un cancer hormono-dépendant ou d'endométriose.

Nom : **Prénom :**

Tel : **E-mail :**

Age : **Date :**

Ce questionnaire permet de faire le point préalablement à la pratique du yoga thérapeutique des hormones. Il permet également de vérifier votre condition physique pour adapter, si besoin, certains exercices. Il est strictement confidentiel. Il vous sera rendu à la fin du cycle de formation.

Je vous propose également de compléter le tableau « symptômes » au verso (« Jo » de la colonne « Intensité »)

Vous aurez ainsi un point de référence pour mesurer l'évolution de vos symptômes après 1, 2 et 4 mois de pratique.

Etat de santé	Cochez si « oui »	Précisions
Ménopause		
Pré-ménopause		
Ménopause précoce (préciser)		
Post-ménopause		
Hystérectomie (ablation totale ou en partie de l'utérus)		
Ablation des ovaires		
Saignements excessifs		
Kystes aux ovaires (préciser)		
Myome (tumeur bénigne des tissus musculaires)		
Infertilité		
Syndrome prémenstruel ⁽¹⁾		
Cancer du sein		
Endométriose ⁽²⁾		
Diabète		
Hypertension		
Ostéoporose		
Cholestérol élevé		
Hypothyroïdie		
Hyperthyroïdie		
Arthrite		
Tendinite		
Problème de cervicales		
Hernie discale (préciser)		
Problème de périnée		
THS (prise d'un traitement hormonal de substitution)		

(1) symptômes physiques et émotionnels qui surviennent avant les règles et prennent fin avec l'arrivée des règles

(2) développement du tissu endométrial (tissu qui tapisse l'utérus), en dehors de la muqueuse utérine

Symptômes - Évaluez leur intensité par 0 (symptôme inexistant), 1, 2 et 3 (symptôme très gênant)

Symptômes	Intensité				
	(Jo)	(Jo + 1 mois)	(Jo + 2 mois)	(Jo + 3 mois)	(Jo + 4 mois)
Date (Jo : date de début de la pratique)					
Bouffées de chaleur					
Sécheresse vaginale /Démangeaison vaginale					
Baisse de libido					
Irritabilité / Instabilité émotionnelle					
Anxiété / Angoisse					
Palpitations					
Fatigue					
Découragement / Dépression / Ralentissement de la pensée					
Syndrome Prémenstruel					
Migraines / Maux de tête					
Panique / Crise de pleurs					
Douleurs articulaires					
Insomnie					
Perte de l'odorat					
Perte de mémoire					
Perte de cheveux					
Peau sèche / Ongles cassants					
Autre...					

Observations (régularité de la pratique, nombre de pratiques hebdomadaires, difficultés éventuelles etc...)

1^{er} mois :

.....

2^{ème} mois :

.....

3^{ème} / 4^{ème} mois

.....