



## QUESTIONNAIRE YOGA THERAPEUTIQUE DES HORMONES POUR LES FEMMES

**Note importante :** 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 remercie de mettre à jour le tableau « symptômes » (au verso) pour la période J0 (avant la formation). Et, afin de mesurer les bénéfices liés à la pratique, de compléter ensuite le tableau après 1, 2 et 4 mois de pratique.

### Conditions Physiques

Etat de santé	Cocher si « oui »	Précisions
Ménopause / Pré-ménopause/ Post-ménopause ( <i>préciser</i> )		
Ménopause précoce		
Hystérectomie (ablation totale ou en partie de l'utérus)		
Ablation des ovaires		
Saignements excessifs		
Kystes aux ovaires ( <i>préciser</i> )		
Fibrome / Myome (tumeur bénigne des tissus musculaires recouvrant l'utérus)		
Infertilité		
Syndrome prémenstruel <sup>(1)</sup>		
Cancer du sein <sup>(2)</sup>		
Diabète		
Hypertension		
Ostéoporose		
Cholestérol élevé		
Hypothyroïdie		
Hyperthyroïdie		
Arthrite		
Tendinite		
Problème de cervicales		
Hernie discale ( <i>préciser</i> )		
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) Nécessite certificat médical indiquant la non hormono-dépendance

**NOTA : L'amélioration des symptômes nécessite une régularité de la pratique (de 3 à 7 fois/semaine au début, à moduler selon l'intensité des troubles – les séances pourront être espacées ensuite en fonction de l'amélioration)**

Evolution des symptômes - Evaluez leur intensité par 0 (symptôme inexistant), 1, 2 et 3 (symptôme très gênant)

Symptômes	Intensité				
	(J0)	(J0 + 1 mois)	(J0 + 2 mois)	(J0 + 3 mois)	(J0 + 4 mois)
Date (J0 : avant le début de la formation)					
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					
<b>Régularité dans la pratique</b> : Nb de jours de pratique hebdomadaire (en moyenne)					

Observations

1<sup>er</sup> mois : .....

2<sup>ème</sup> mois : .....

3<sup>ème</sup> / 4<sup>ème</sup> mois .....