



Nom / prénom :

Téléphone :

Âge :

Email :

Profession / horaires typiques (matin/midi/soir)

Contraintes alimentaires (allergies, intolérances, végé, traitement en cours) :

### CONTRACEPTION / DISPOSITIF

☐ Aucun ☐ Pilule ☐ DIU cuivre ☐ DIU hormonal

☐ Autre :

Grossesse / post-partum / allaitement (actuel ou récent < 12 mois) :

Diagnostic connu (endo, SOPK, fibromes, adénomyose, thyroïde, etc.) :

Traitements / compléments en cours (lesquels ?) :

### TA DEMANDE (1 À 3 PRIORITÉS)

☐ Douleurs menstruelles

☐ SPM (irritabilité, fringales, seins tendus)

☐ Règles très abondantes / fatigue

☐ Cycles irréguliers

☐ Pertes (leucorrhées) / mycoses / irritations

☐ Acné / inflammations

☐ Transit / ballonnements

☐ Sommeil / anxiété

☐ Autre :

### TON CYCLE

Durée moyenne du cycle :

☐ < 24 j ☐ 24-26 j ☐ 27-30 j ☐ > 30 j ☐ Très variable

Durée des règles : ... jours

Date du J1 de tes dernières règles : ...

Ovulation repérée ?

☐ Non

☐ Oui, comment : température / glaire / tests / douleurs



### RÈGLES (QUALITÉ)

Abondance :

☐ légère ☐ moyenne ☐ forte ☐ très forte (changer très souvent)

Couleur dominante :

☐ rouge vif ☐ rouge foncé ☐ brun / sombre ☐ rose pâle

Caillots :

☐ Non ☐ Oui (taille/fréquence) : ...

Spotting (avant/après règles) :

☐ Non ☐ Oui : ...

### DOULEURS (SI CONCERNÉE)

Intensité max (0-10) : ... /10

Quand ?

☐ avant règles ☐ J1-J2 ☐ toute la période ☐ ovulation

Type :

☐ crampes diffuses :

☐ douleur fixe/piquante :

☐ irradiation (dos/jambes) :

Soulagement par chaleur (bouillotte/douche chaude) ?

☐ Oui ☐ Non

Aggravation par froid (boissons froides, cru, ventre exposé) ?

☐ Oui ☐ Non

### PERTES / IRRITATIONS

Quantité :

☐ peu ☐ abondante

Couleur :

☐ transparent ☐ blanches ☐ jaunes ☐ verdâtres ☐ rouges

Aspect :

☐ blanc d'œuf ☐ riz au lait ☐ grumeleuses

Odeur forte :

☐ Non ☐ Oui :

Démangeaisons/brûlures :

☐ Non ☐ Oui



### SIGNES D'ORIENTATION MTC

- ☐ Irritabilité, soupirs, oppression (F/Qi)
- ☐ Seins tendus avant règles
- ☐ Ballonnements, alternance transit (F-Rte)
- ☐ Frilosité, mains/pieds froids
- ☐ Chaleur, soif, agitation, boutons rouges
- ☐ Lourdeur, brouillard mental, envies de sucre (Hté)
- ☐ Fatigue après repas, selles molles (Rte)
- ☐ Pâleur, vertiges, ongles cassants (Sg)

### SOMMEIL / STRESS

Qualité du sommeil (0-10) : ... /10

Stress (0-10) : ... /10

Activité physique hebdo :

- ☐ faible    ☐ modérée    ☐ élevée

### SÉCURITÉ (IMPORTANT)

Saignements très hémorragiques + malaise/essoufflement/pâleur marquée :

- ☐ Non    ☐ Oui

Fièvre, douleur aiguë inhabituelle, suspicion infection :

- ☐ Non    ☐ Oui