



Nom / prénom :

Téléphone :

Âge :

Email :

Profession / horaires typiques (matin/midi/soir)

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

STATUT

- ☐ Péri-ménopause (cycles irréguliers)
- ☐ Ménopause installée (> 12 mois sans règles)
- ☐ Post-ménopause (> 2 ans)
- ☐ Je ne sais pas

TRAITEMENTS / COMPLÉMENTS EN COURS (SI OUI, LESQUELS ?) :

- ☐ Non
- ☐ Oui :

Contexte médical important (thyroïde, diabète, HTA, endométriose, etc.) :

PRIORITÉS

- ☐ Bouffées de chaleur / sueurs
- ☐ Sommeil (endormissement, réveils, 2-4h)
- ☐ Prise de poids / lourdeurs / envies de sucre
- ☐ Digestion (ballonnements, transit)
- ☐ Humeur / stress / anxiété
- ☐ Fatigue / baisse d'énergie
- ☐ Sécheresse (peau, yeux, muqueuses)
- ☐ Douleurs / raideurs
- ☐ Autre :

LA SEMAINE PASSÉE

Pour chaque item : 0 = pas du tout, 1 = léger, 2 = modéré, 3 = fort

- Bouffées / chaleur montante : 0 / 1 / 2 / 3
- Sueurs nocturnes : 0 / 1 / 2 / 3
- Sommeil (qualité globale) : 0 / 1 / 2 / 3
- Digestion / lourdeur : 0 / 1 / 2 / 3
- Humeur / irritabilité : 0 / 1 / 2 / 3



SOMMEIL

Heure de coucher moyenne :

Réveils :

☐ Non

☐ Oui, surtout 2-4h

☐ Oui, autre horaire : ...

Café / thé :

☐ Aucun

☐ 1 / jour

☐ 2+ / jour

☐ Après 12h parfois

Alcool :

☐ Jamais

☐ 1-2×/semaine

☐ 3×/semaine ou plus

DIGESTION

Selles :

☐ Plutôt normales

☐ Plutôt molles

☐ Plutôt constipées

☐ Alternance

Ballonnements : 0 / 1 / 2 / 3

Frilosité vs chaleur :

☐ Plutôt frileuse

☐ Plutôt chaleur

☐ Alternance

Soif existe ? oui / non / peu

Hydratation : environ ... (verres/jour) + type : eau / tisanes / autres

Envie de sucre (surtout fin d'après-midi / soir) : 0 / 1 / 2 / 3



CONTRAINTES & RESSOURCES

Contraintes majeures (temps, budget, famille, déplacements, cuisine) :

Ce qui est déjà facile pour toi (marche, cuisine, routine du soir, etc.) :

Un changement réaliste cette semaine (1 seul) :

SÉCURITÉ (IMPORTANT)

- As-tu eu des saignements après 12 mois sans règles ?

☐ Non

☐ Oui (date / fréquence) :

- Douleur pelvienne aiguë, fièvre, essoufflement, douleur thoracique :

☐ Non

☐ Oui :