**PARAMETRES A CONSIDERER**

Date  :

**NOM  :**

Prénom :

**SOMMEIL**: Bon Endormissement facile OUI NON Insomnies OUI NON

 Réveils nocturnes (quelle heure ? combien ? temps pour se rendormir ?

 Ruminations), durée, sensation d’avoir récupérer au lever ou pas

**STRESS**: Angoisse ? anxiété ? sensation de harcèlement ?

**METIER**: ?

**Environnement professionnel**: (vous pouvez décrire brièvement celui-ci)

**Comportements compulsifs ?**

**Peurs, phobies**

**Irritabilité ? Fatigue chronique ? :**

**Adresse e-mail :**

**Poids**  : **Tension artérielle :**

**Médecin :**

**Motifs de consultation** :

**Tempéraments :**

Lympathique sanguin nerveux bilieux je ne sais pas

 **Système nerveux :**

Irritabilité Nervosité

Fatigue chronique  Déprime

Introverti Extraverti

Humeur changeante Maux de tête : céphalées