

RENSEIGNEMENTS PERSONNELS

Nom : _____

Date : _____

Emploi : _____

Date de naissance (année-mois-jour): _____ Age : _____

Sexe : _____

Adresse: _____

Courriel : _____

Téléphone: _____ (maison) _____ (travail) _____ (cellulaire)

Peut-on vous laisser des messages téléphoniques ? Oui Non

Personne à contacter en cas d'urgence (nom, téléphone et lien avec cette personne):

Êtes-vous couverte par des assurances? Oui Non

Qui vous a référé? _____

Quels professionnels de la santé consultez-vous régulièrement? :

Quels sont vos soucis de santé actuels, par ordre d'importance? :

1. _____

2. _____

3. _____

4. _____

5. _____

Êtes-vous actuellement enceinte? Oui Non

Souffrez-vous d'allergies (alimentaires, médicales, environnementales, etc.)? Si oui, lesquelles ?

Quels médicaments et suppléments alimentaires prenez-vous en ce moment?

Médicament ou supplément naturel (préciser la marque)	posologie	Depuis quand?

Quels médicaments avez-vous pris par le passé et pour quelle raison?

De quelles maladies ou blessures avez-vous souffert par le passé?

Combien de fois avez-vous été soigné(e) aux antibiotiques jusqu'à présent? _____

Êtes-vous exposé(e) à la fumée secondaire? Oui Non

Suivez-vous un régime alimentaire restrictif (par exemple, végétarien ou religieux) ? _____

Quel(s) sport(s) ou exercices pratiquez-vous ?

Prenez-vous souvent :

De l'aspirine / des laxatifs / des pilules d'amaigrissement / des antiacides / de l'alcool du tabac / du café / des drogues / des édulcorants de synthèse (aspartame, Splenda) / la pilule contraceptive (ou toute autre forme de contraception médicale telle que le stérilet ou les injections)

ANTÉCÉDENTS MÉDICAUX

Général

- Poids :
- Taille :
- Souffrez-vous de fatigue?
- Poids maximal (quand?) :
- Poids minimal (quand?) :

Quels vaccins avez-vous reçus depuis votre naissance?

- | | | |
|---|---|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> DPT (diphtérie, coqueluche, tétanos) | <input type="checkbox"/> Haemophilus influenzae B | <input type="checkbox"/> Hépatite A |
| <input type="checkbox"/> Vaccin antitétanique _____ | <input type="checkbox"/> Grippe | <input type="checkbox"/> Hépatite B |
| <input type="checkbox"/> MMR (oreillons, rubéole, rougeole) | <input type="checkbox"/> Polio | <input type="checkbox"/> Varicelle |

Autre :

Avez-vous réagi à l'un de ces vaccins?

Antécédents familiaux

Un membre de votre famille a-t-il déjà souffert de l'une des maladies suivantes? **Qui?**

Allergies	
Asthme	
Maladie cardiovasculaire	
Tension artérielle élevée	
Cancer	
Diabète	
Dépression	
Autre maladie psychique	
Toxicomanie ou alcoolisme	
Maladie des reins	
Autre	

- Je ne connais pas mes antécédents familiaux

Mode de vie / environnement

- Mangez-vous trois repas par jour?
- Combien d'heures par nuit dormez-vous?
- Dormez-vous bien?
- Le matin, vous levez-vous reposé?
- Dormez-vous dans le noir?
- Dormez-vous / vivez-vous dans un sous-sol?
- Habitez-vous près de lignes électriques à haute tension?
- Utilisez-vous souvent les micro-ondes?
- Combien d'heures par jour passez-vous devant la télévision?

- Combien d'heures par jour passez-vous devant un ordinateur?
- Prenez-vous des pauses lorsque vous travaillez à l'ordinateur?
- Prenez-vous des vacances?
- Quels sont vos loisirs favoris?
- Avez-vous déjà été soigné pour dépendance (alcool / drogues)?
- Êtes-vous régulièrement exposé à des animaux?
- Êtes-vous régulièrement exposé à des toxines dangereuses?
- Comment est chauffée votre maison?
- Aimez-vous votre travail?
- Votre travail ou le climat familial à la maison est-il stressant?

Veillez indiquer si vous souffrez actuellement ou si vous avez souffert des soucis de santé suivants :

Peau

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Éruptions cutanées | <input type="checkbox"/> Nodules |
| <input type="checkbox"/> Eczéma / urticaire | <input type="checkbox"/> Sueurs nocturnes |
| <input type="checkbox"/> Acné | <input type="checkbox"/> Peau sèche / moite |
| <input type="checkbox"/> Démangeaisons | <input type="checkbox"/> Ongles cassants / doubles / striés |
| <input type="checkbox"/> Changement de couleur de la peau | <input type="checkbox"/> Grains de beauté |

Cou

- | | |
|---|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Masses / nodules | <input type="checkbox"/> Goître |
| <input type="checkbox"/> Ganglions enflés | <input type="checkbox"/> Torticolis |

Tête

- | | |
|---|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Migraines / maux de tête | <input type="checkbox"/> Vertiges |
| <input type="checkbox"/> Blessure crânienne | |

Yeux

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Troubles de la vue | <input type="checkbox"/> Cataracte |
| <input type="checkbox"/> Mal aux yeux | <input type="checkbox"/> Sensibilité à la lumière |
| <input type="checkbox"/> Larmoiement / sécheresse des yeux | <input type="checkbox"/> Picotements |
| <input type="checkbox"/> Vue double / trouble | <input type="checkbox"/> Rougeurs |
| <input type="checkbox"/> Glaucome | <input type="checkbox"/> Sécrétion |

Oreilles

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Problèmes d'ouïe | <input type="checkbox"/> Écoulements |
| <input type="checkbox"/> Maux d'oreilles | <input type="checkbox"/> Infections à répétition |
| <input type="checkbox"/> Perte d'équilibre | |

Sinus et cavité nasale

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Rhume à répétition | <input type="checkbox"/> Rhume des foins |
| <input type="checkbox"/> Saignements de nez | <input type="checkbox"/> Sinusite |
| <input type="checkbox"/> Nez fréquemment bouché | |

Gorge et cavité buccale

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Maux de gorge à répétition | <input type="checkbox"/> Voix rauque |
| <input type="checkbox"/> Angine | <input type="checkbox"/> Caries |
| <input type="checkbox"/> Langue / bouche douloureuse | <input type="checkbox"/> Perte du goût |
| <input type="checkbox"/> Problèmes de gencives | |

Amélie Charest Dupéré, Naturopathe, N.D.

Poumons

- Toux fréquente ou prolongée
- Crachats de mucus / de sang
- Respiration sifflante
- Asthme
- Bronchite
- Pneumonie
- Pleurésie (inflammation de l'enveloppe des poumons)
- Emphysème
- Difficultés à respirer / douleurs associées à la respiration
- Manque de souffle (de jour / la nuit / allongé)
- Tuberculose

Cœur et circulation sanguine

- Angine de poitrine
- Haute tension artérielle
- Souffle cardiaque
- Fièvre rhumatoïde
- Douleurs cardiaques
- Chevilles enflées
- Palpitations
- Cyanose (coloration bleue des extrémités ou du cœur)
- Froids aux mains ou aux pieds
- Varices
- Perte de sensibilité au niveau des extrémités (membres engourdis)
- Anémie
- Bleus fréquents
- Transfusions sanguines

Système digestif

- Difficultés à avaler
- Brûlures d'estomac
- Changement d'appétit / de soif
- Nausées / vomissements
- Vomissements de sang
- Jaunisse
- Calculs biliaires
- Ulcères
- Diarrhée
- constipation
- Saignements rectal
- Hémorroïdes
- Selles noires
- Douleurs abdominales
- Hernies

Muscles et articulations

- Douleurs ou raideurs articulaires
- Arthrite
- Arthrose
- Fractures
- Spasmes ou crampes musculaires
- Faiblesse musculaire
- Articulations enflées
- Maux de dos

Système urinaire

- Urines douloureuses
- Urines fréquentes (le jour / la nuit)
- Incapacité à retenir l'urine/ urgence
- Infections urinaires fréquentes
- Pierres aux reins
- Sang dans les urines
- Urgence pour uriner

Système nerveux

- Perte de connaissance
- Épilepsie / convulsions
- Paralysie
- Picotement dans les extrémités
- Perte de mémoire
- Mouvements involontaires
- Troubles d'élocution
- Dépression
- Sautes d'humeur
- Anxiété / nervosité
- Tensions émotives
- Phobies
- Insomnie

Amélie Charest Dupéré, Naturopathe, N.D.

Système hormonal

- Sensibilité aux températures chaudes ou froides
- Dysfonctionnement de la thyroïde
- Soif excessive
- Faim excessive
- Urines abondantes
- Transpiration abondante
- Diabète / Hypoglycémie
- Traitement hormonal

A remplir si vous êtes une femme :

Appareil reproducteur féminin

- Saignements entre les règles
 - Crampes menstruelles
 - SPM
 - Saignement excessif durant les règles
 - Sécrétions vaginales
 - Picotements vaginaux
 - Fausse couche
 - Avortement
 - Difficultés à concevoir un enfant
 - Douleurs pendant le rapport sexuel
 - Difficultés d'ordre sexuel
- Âge des premières règles :
 - Date des dernières règles :
 - Durée du cycle menstruel :
 - Votre cycle est-il régulier?
 - Durée du saignement menstruel :
 - Date de votre dernier PAP :
 - Êtes-vous sexuellement active?
 - Combien de grossesses avez-vous eues?

Seins

- Pratiquez-vous l'auto-examen des seins?
- Masses / kystes / nodules / tumeurs
- Sensibilité
- Écoulements au niveau du mamelon
- Implants mammaires

Notes biographiques importantes / commentaires

JOURNAL ALIMENTAIRE (7 jours) NOM: _____

DATE: _____

Veillez s.v.p inscrire ce que vous mangez et buvez durant une semaine

	Lundi	Mardi	Mercredi	Jeudi	Vendredi	Samedi	Dimanche
M A T I N							
M I D I							
S O I R							