



Bonjour et Bienvenue!

Merci d'avoir choisi le Centre de Santé Harmonie. Nous sommes conscients du nombre de choix qui s'offrent à vous pour la santé de votre enfant et nous nous engageons à offrir les meilleurs soins possibles à nos patients.

Vous trouverez ci-joint le formulaire de renseignements pour les nouveaux patients, veuillez le lire et le remplir soigneusement avant votre rendez-vous. Veuillez noter que le journal alimentaire doit être rempli sur 5 jours. Nous savons que votre temps est précieux. Le fait d'apporter les formulaires complétés lors du rendez-vous nous permettra de traiter le cas de votre enfant au mieux.

La médecine naturopathique est une approche holistique et préventive des soins de la santé. Ceci signifie que nous évaluons la personne dans son entièreté, prenant en considération les aspects physiques, mentaux, émotionnels et spirituels de l'individu dans le but d'identifier et d'éliminer les sources de maladie. Nous utilisons des techniques douces et non invasives afin de stimuler le pouvoir de guérison du corps. Celles-ci incluent différents traitements tels que :

- ***Le soutien nutritif*** et les recommandations diététiques sont indispensables afin de s'assurer que le corps dispose des composantes de base nécessaires pour subvenir à ses propres besoins et parvenir à la guérison.
- ***Les conseils en mode de vie*** font le lien entre les inquiétudes concernant la santé, le mode de vie, les événements, les pensées et les émotions, et proposent des techniques de respiration et de relaxation ou des stratégies pour faire face aux événements de la vie.
- ***Les suppléments alimentaires*** permettent de pallier aux déficiences, d'aider le corps à éliminer les toxines, de stimuler la guérison ou de traiter certains problèmes de santé particuliers.
- ***L'herboristerie*** utilise les tisanes, les teintures ou les capsules pour traiter certains problèmes spécifiques et aider le corps à se remettre de blessures ou de maladies.
- ***L'homéopathie*** est un système de médecine basé sur l'énergie qui stimule le processus de guérison du corps à tous les niveaux.
- ***L'hydrothérapie*** est une thérapie qui utilise l'eau afin de stimuler la guérison de manière simple et efficace.
- ***La médecine physique*** propose des techniques pratiques axées sur le travail sur les tissus mous et des techniques stimulantes afin d'aider à la guérison.

La plupart des compagnies d'assurance couvrent les frais de traitements naturopathiques; veuillez vérifier avec votre compagnie afin de déterminer le montant pris en charge par votre police d'assurance. Si vous êtes couvert, il vous incombe d'envoyer les formulaires à votre compagnie d'assurance. Nous vous fournirons tous les renseignements nécessaires à votre demande de remboursement.

Veuillez noter que la clinique est un environnement à ***faible charge odorante*** afin de respecter les clients ayant des allergies ou des sensibilités.

Si vous ne pouvez pas vous présenter à votre rendez-vous, merci de nous prévenir 24 heures à l'avance afin que nous puissions vous fixer un autre rendez-vous. Des frais d'annulation de 50 \$ vous seront facturés si vous ne nous prévenez pas.

Veuillez apporter des copies de tous les résultats de laboratoire récents, du dossier médical ainsi que les suppléments alimentaires ou les médicaments que votre enfant prend actuellement.

Nous avons hâte de vous accompagner vous et votre enfant dans votre voyage vers la santé et le bien-être

Nom de l'enfant _____ **Date du rendez-vous** ____/____/____
Prénom Nom de famille jj / mm / aaaa

Date de naissance ____/____/____ **Âge** _____ **Sexe** M F
jj / mm / aaaa

Adresse _____
Rue #app.
Ville Province Code postal

Coordonnées du parent ou du gardien :

Nom _____ **Lien avec l'enfant** _____
Prénom Nom de famille

Adresse _____
Rue #apt.
Ville Province Code postal

Téléphone _____
Maison Travail Téléphone portable
Courriel _____

Qui remplit ce formulaire ? _____

Avec qui l'enfant vit-il ? _____

Comment avez-vous entendu parler de la clinique ? _____

Veillez inscrire les soucis de santé de votre enfant par ordre d'importance en indiquant depuis combien de temps il/elle les ressent.

- 1- _____
- 2- _____
- 3- _____
- 4- _____
- 5- _____

Comment décririez-vous l'état de santé de votre enfant en général ? Excellent Bon Passable Médiocre Très médiocre

HISTORIQUE DE SANTÉ DE L'ENFANT

Veillez inscrire toute hospitalisation, opération, rayons X, ou IRM que l'enfant a subi dans le passé.

Veillez inscrire toute blessure ou traumatisme que l'enfant a subi dans le passé.

Veillez inscrire toute prescription de médicaments, médicaments en vente libre, vitamines ou autres suppléments que l'enfant prend actuellement.

Veillez inscrire tous les médicaments sous prescription que votre enfant a pris dans le passé

Combien de fois l'enfant a-t-il pris des antibiotiques dans sa vie ? Jamais 1-5 6-10 11-15 16-20 21+

Quand a-t-il pris des antibiotiques pour la dernière fois ? _____

De quelles affections l'enfant a-t-il souffert ? (Entourez les affections correspondantes)

Allergies _____	Croup	Infections urinaires	Rougeole
Amygdalite	Diabète	Maladie cœliaque	Rubéole
Angine streptococcique	Diarrhée	Maladie de la thyroïde	Saignements chroniques du nez
Anxiété	Difficulté de concentration	Méningite	Scarlatine
Appendicite	Difficulté à s'endormir	Muguet ou Candida	Sinusite
Asthme	Douleurs à la poussée des dents	Oreillons	Souffle cardiaque
Autisme	Eczéma	Parasites	TADH
Bronchite	Épilepsie	Pneumonie	Troubles du comportement
Calotte seborrhéïque	Hépatite	Poux	Urticaire
Coqueluche	Hépatite	Rhumatisme articulaire aigu	Varicelle
Coliques	Hernie	Rhumes fréquents	VIH+/SIDA
Colon irritable	Impétigo	Rhume des foies	Vers
Conjonctivite	Incontinence urinaire	Rougeurs fessières	
Constipation	Infections des oreilles		

Autre _____

Veillez indiquer les vaccins reçus par l'enfant (Entourez tous les vaccins reçus)

Varicelle	Hemophilus influenzae	Polio
DPT (Diphthérie, Coqueluche, Tétanos)	Hépatite A	Variole
Grippe	Hépatite B	Rappel de Tétanos
	MMR (Rougeole, Oreillons, Rubéole)	

Autre _____

L'enfant a-t-il eu des réactions ou des complications suite aux vaccins ? _____

Santé prénatale et historique de la naissance

Quel âge avait la mère à la naissance de l'enfant ? _____

Nombre de grossesses antérieures menées à terme. _____ Non menées à terme _____

Quel était l'état de santé de la mère au moment de la conception ? Excellent Bon Passable Médiocre Inconnu

Quel était l'état de santé du père au moment de la conception ? Excellent Bon Passable Médiocre Inconnu

Quel était l'état de santé de la mère durant la grossesse ? Excellent Bon Passable Médiocre Inconnu

La mère a-t-elle bu de l'alcool, fumé des cigarettes ou pris des drogues durant la grossesse ? _____

La mère a-t-elle pris des médicaments sous prescription durant la grossesse ? _____

À combien de semaines de grossesse l'enfant est-il né ? _____ Accouchement vaginal Césarienne

Des interventions ont-elles eu lieu durant l'accouchement ? (épidurale, forceps...) _____

Y a-t-il eu des complications durant l'accouchement ? _____

Combien l'enfant pesait-il à la naissance ? _____ Combien mesurait-il ? _____ pouces

Le nourrisson présentait-il l'une ou plusieurs des affections suivantes à la naissance ?

Traumatismes liés à l'accouchement _____ Malformations congénitales _____

Jaunisse _____ Infections _____

Historique du développement

Quel âge l'enfant avait-il durant ces étapes fondamentales du développement (si vous en souvenez) :

Tenir sa tête _____ Se retourner _____ S'asseoir _____ Marcher à 4 pattes _____ Se mettre debout _____
Marcher _____ Première dent _____ Premier mot _____ Courir _____ Sautiller, sauter _____

HISTORIQUE DE SANTÉ FAMILIAL

Y a-t-il des maladies dans la famille de l'enfant ? Qui en a été affecté ?

Veillez préciser s'il s'agit des parents (père ou mère), frères et/ou sœurs, grands-parents (paternels et maternels), oncles et tantes.

Acné _____	Diabète _____	Maladies mentales _____
Alcoolisme _____	Drépanocytose _____	Mononucléose _____
Allergies _____	Eczéma _____	Ostéoporose _____
Alzheimer _____	Emphysème _____	Pneumonie _____
Angine streptococcique _____	Épilepsie _____	Psoriasis _____
Arthrite _____	Glaucome _____	Rhumatismes _____
Asthme _____	Goutte _____	articulaires aigus _____
Attaque d'apoplexie _____	Hépatite _____	Rhume des foies _____
Bronchite _____	Hypertension _____	Saignements _____
Calculs biliaires _____	Infection des reins _____	Sclérose en plaque _____
Cancer _____	Infection du foie _____	Tuberculose _____
Cholestérol élevé _____	Maladie de la thyroïde _____	Verrue génitale _____
Dépression _____	Maladie du cœur _____	

Autre _____

Je ne connais l'historique familial de mon enfant

ALIMENTATION

L'enfant a-t-il été nourri au sein ? O N Si oui, durant combien de temps ? _____

Le passage à la nourriture solide a-t-il été difficile ? Quelles ont été les difficultés rencontrées ?

L'enfant a-t-il tendance à avoir soif ? O N Quelle quantité d'eau boit l'enfant chaque jour ? _____

L'enfant a-t-il des allergies alimentaires ou des sensibilités ? (Veuillez les indiquer)

Quels sont les aliments dont l'enfant ne peut se passer ? A-t-il/elle des réactions à ces aliments ?

PSYCHOSOCIAL

À quelle fréquence l'enfant fait-il de l'exercice ? Jamais 1-2/mois 3-4/mois 1-2/sem 3/sem 4+/sem

Quel type d'exercice fait-il ? _____

Comment pourriez-vous décrire l'ambiance familiale à la maison ?

Quels sont vos objectifs et vos attentes à long terme pour ces séances ?

Y a-t-il autre chose dont vous aimeriez me faire part ?

REVUE DES SYSTÈMES

SVP cocher les symptômes que votre enfant ressent maintenant (M) ainsi que ceux qu'il/elle a ressentis dans le passé (P)

GÉNÉRAL

Fatigue _____
Sueurs nocturnes _____

PEAU

Éruptions cutanées _____
Excroissances _____
Inflammation _____
Infection _____
Changement des ongles/cheveux _____

TÊTE

Maux de tête _____
Traumatisme _____

YEUX

Problèmes de vue _____
Douleurs _____
Larmes ou les yeux secs _____
Diplopie _____

OREILLES

Problèmes d'audition _____
Acouphènes _____
Vertiges _____

NEZ et SINUS

Rhumes fréquents _____
Saignements du nez _____
Congestion _____
Problèmes de sinus _____
Écoulement post-nasal _____

BOUCHE et GORGE

Maux de gorge fréquents _____
Langue douloureuse _____
Ulcérations dans la bouche/lèvres _____
Problèmes de gencives _____
Enrouement _____
Problèmes dentaires _____

COU

Glandes gonflées _____
Douleur _____

SANG

Anémie _____
Saignements/ bleus fréquents _____

COEUR

Problèmes de cœur _____
Hypertension _____
Rhumatisme articulaire aigu _____
Douleur dans la poitrine _____
Chevilles gonflées _____

Palpitations _____

PULMONAIRE

Toux / grippe _____
Crachats sanglants _____
Respiration sifflante _____
Difficulté à respirer _____
Douleur durant la respiration _____
Manque de souffle _____
Test positif pour la tuberculose Y N

DIGESTION

Difficulté à avaler _____
Brûlures d'estomac _____
Douleur à l'estomac _____
Nausées / Vomissements _____
Selles : Tous les jours Plus Moins _____
Sang dans les selles _____
Éructations ou gaz intestinaux _____
Hémorroïdes _____

URINAIRE

Brûlure à la miction _____
Envies pressantes d'uriner _____
Incontinence _____
Infections urinaires _____

CIRCULATION

Douleurs profondes dans les jambes _____
Froid aux mains/pieds _____
Varices _____

NEUROLOGIQUE

Évanouissements _____
Crises d'épilepsie _____
Paralysie _____
Faiblesse musculaire _____
Pertes de mémoire _____

ÉTAT ÉMOTIONNEL

Apathie _____
Dépression _____
Tristesse _____
Sautes d'humeur _____
Anxiété ou Nervosité _____
Tension _____
Inquiétudes ou Phobies _____
Colère ou Fureur _____
Irritabilité _____

Autre _____

JOURNAL ALIMENTAIRE

Le but de ce tableau est de vous aider à analyser ce que mange votre enfant et de vous aider à découvrir si certains aliments ou boissons peuvent causer ou contribuer à certains malaises et symptômes. Utilisez cet outil pour suivre les habitudes alimentaires de votre enfant. Il est très important que les informations notées dans ce tableau soient aussi précises que possible. Si l'enfant est nourri au sein, merci d'inscrire aussi l'alimentation de la mère.

Ce tableau doit être rempli durant 5 jours consécutifs.

- 1- Veuillez inscrire tout ce que votre enfant avale, y compris l'eau, les collations, les boissons alcooliques, les boissons gazeuses, etc.
- 2- Veuillez indiquer les aliments contenus dans les plats préparés. Il n'est pas suffisant d'inscrire « sandwich à la dinde », il faut aussi indiquer le type de pain, de sauce, de garniture (par exemple, pour un sandwich à la dinde : pain complet, beurre, moutarde).
- 3- Chaque fois que vous inscrivez des renseignements dans le tableau, demandez-vous si vous avez été assez précis pour vous-même et pour votre naturopathe licencié.

Jour 1	
Déjeuner	
Dîner	
Souper	
Collation	
Problèmes urinaires, de digestion, dermatologiques, ou autres (ex. Douleur)	
Niveau d'énergie et état psychologique	
Jour 2	
Déjeuner	
Dîner	
Souper	
Collation	
Problèmes urinaires, de digestion, dermatologiques, ou autres (ex. Douleur)	
Niveau d'énergie et état psychologique	

Jour 3

Déjeuner	
Dîner	
Souper	
Collation	
Problèmes urinaires, de digestion, dermatologiques, ou autres (ex. Douleur)	
Niveau d'énergie et état psychologique	

Jour 4

Déjeuner	
Dîner	
Souper	
Collation	
Problèmes urinaires, de digestion, dermatologiques ou autres (ex. Douleur)	
Niveau d'énergie et état psychologique	

Jour 5

Déjeuner	
Dîner	
Souper	
Collation	
Problèmes urinaires, de digestion, dermatologiques, ou autres (ex. Douleur)	
Niveau d'énergie et état psychologique	



CONSENTEMENT ÉCLAIRÉ

J'aimerais profiter de cette occasion pour vous souhaiter la bienvenue au Centre de santé harmonie. Les naturopathes licenciés de cette clinique utilisent les principes et les pratiques de la médecine naturopathique afin d'aider la guérison naturelle du corps et d'améliorer la qualité de vie et la santé par des méthodes naturelles.

Déclaration de consentement

Nom en caractères d'imprimerie _____

Nom du gardien en caractères d'imprimerie _____

En tant que patient(e) de ce centre, je reconnais que les soins pratiqués sont basés sur les principes de la médecine naturopathique. Je reconnais que même les thérapies les plus douces peuvent potentiellement entraîner des complications et que les renseignements que j'ai fournis sont complets et englobent tout l'historique médical et tous les médicaments prescrits, les médicaments en vente libre et les suppléments. Les quelques risques mineurs de certaines thérapies naturopathiques incluent, sans s'y limiter, l'aggravation de symptômes existants et des réactions allergiques aux suppléments et aux herbes.

Je comprends que le Centre de santé Harmonie est un centre de soins holistique et offre donc des soins thérapeutiques complémentaires. Je suis consciente que la naturopathe de mon enfant va offrir une évaluation naturopathique. Selon la loi médicale au Québec, la naturopathe de mon enfant ne peut pas poser de diagnostic ni de traitement médical.

De plus, je confirme que j'ai le pouvoir, la capacité et le choix d'accepter ou de refuser ces soins pour mon enfant ou moi-même et que je ne suis pas un agent d'une compagnie privée, locale, départementale, provinciale ou fédérale tentant de recueillir des renseignements sans en faire mention. J'accepte l'entière responsabilité du paiement des traitements et des soins.

Merci d'attendre votre rendez-vous pour signer.

SIGNATURE

DATE

TÉMOIN