



Centre de Santé Harmonie Harmony Health Centre

Bonjour et Bienvenue!

Merci d'avoir choisi le Centre de Santé Harmonie. Vous trouverez ci-joint le formulaire de renseignements pour les nouveaux patients. Veuillez le lire et le remplir attentivement avant votre rendez-vous. Veuillez noter que le journal alimentaire doit être rempli sur *5 jours*. Nous savons que votre temps est précieux. Merci d'apporter les formulaires complétés lors de votre rendez-vous.

La naturopathie est une approche holistique et préventive des soins du bien-être. Ceci signifie que nous évaluons la personne dans son entièreté, prenant en considération les aspects physiques, mentaux, émotionnels et spirituels de l'individu. Nous utilisons des techniques douces et non invasives afin de stimuler le pouvoir de guérison du corps:

- ***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.
- ***Les conseils en mode de vie*** font le lien entre les inquiétudes concernant le bien être, 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, etc.
- ***L'herboristerie*** utilise les tisanes, les teintures ou les capsules pour certains problèmes spécifiques et aider le corps à se remettre de blessures ou de maladies.
- ***L'homéopathie*** est un système basé sur l'énergie qui aide le 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 plupart des compagnies d'assurance couvrent les frais des visites 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 vos résultats de laboratoires récents, de votre dossier médical ainsi que les suppléments alimentaires ou les médicaments que vous prenez actuellement.

Nous nous réjouissons de vous accompagner dans votre voyage vers le bien-être.

Nom _____
Prénom _____ Nom de Famille _____

Rendez-vous ____/____/____
jj / mm / aaaa

Date de naissance ____/____/____
jj / mm / aaaa

Âge _____

Sexe M F

Adresse _____
Rue _____ # Appt _____

_____ Ville _____ Province _____ Code postal _____

Téléphone _____
Maison _____ Travail _____ Téléphone portable _____

_____ Courriel _____

En cas d'urgence, contactez _____
Prénom _____ Nom de famille _____ Relation _____
Téléphone (journée) _____ Téléphone (soirée) _____

Comment avez-vous entendu parler de la clinique ?

Travail _____ **Temps plein** **Temps partiel**

État civil Célibataire Marié(e) En couple Divorcé(e) Veuf(ve) Autre _____

Veillez indiquer vos soucis de santé par ordre d'importance, en indiquant depuis combien de temps vous les ressentez.

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

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

HISTORIQUE PERSONNEL DE SANTÉ

Veillez inscrire toute hospitalisation, opération, rayons X, ou IRM que vous avez subi dans le passé.

Veillez inscrire toute blessure ou traumatisme que vous avez subi dans le passé.

Veillez inscrire tous les médicaments sous prescription, médicaments en vente libre, vitamines ou autres suppléments que vous prenez actuellement.

Veillez inscrire tous les médicaments sous prescription que vous avez pris dans le passé.

Combien de fois avez-vous pris des antibiotiques dans votre vie ? Jamais 1-5 6-10 11-15 16-20 21+

Quand avez-vous pris des antibiotiques pour la dernière fois ? _____

De quelles affections avez-vous souffert ? (Entourez les affections correspondantes)

Abcès	Dépression	Maladie de Crohn	Rhume des foins
AVC	Diabète	Maladie de la thyroïde	Rubéole
Acné	Eczéma	Maladie des reins	Scarlatine
Alcoolisme	Emphysème	Maladie du foie	Schizophrénie
Allergies _____	Épilepsie	Maladie inflammatoire	Sinusite
Anémie	Feux sauvages	pelvienne	SPM
Angine	Fièvre jaune	Malaria	Syphilis
Angine Streptococcique	Gonorrhée	Mononucléose	TDAH
Anxiété	Goutte	Oreillons	Thalassémie
Arthrite	Souffle cardiaque	Parasites	Troubles d'humeur
Asthme	Hémochromatose	Péritonite	Tuberculose
Bronchite	Hépatite	Pleurésie	Typhoïde
Calculs biliaires	Herpès génital	Pneumonie	Ulcères
Cancer _____	Hypertension	Prostatite	Varicelle
Cholestérol élevé	Hypoglycémie	Psoriasis	Verrue génitale
Colite ulcéreuse	Leucémie	Rougeole	Vers
Colon irritable	Maladie cardiaque	Rhumatismes articulaires	
Coqueluche	Maladie de coagulation	aigus	

Autre _____

Veillez indiquer les vaccins que vous avez reçus (Entourez tous les vaccins reçus)

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

Autre _____

Quelle est la date de votre dernier examen physique ? _____

Quel est votre niveau d'énergie Faible - 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 - Élevé

Cela a-t-il changé depuis l'année dernière ? O N

Taille ? _____ Poids ? _____

Votre poids a-t-il changé depuis l'année dernière ? Perte Gain Aucun changement Combien de livres ? _____

Avez-vous des plombages au mercure ? O N Combien ? _____
 Est ce que vous fumez ? O N Auparavant Combien ? _____
 Êtes-vous actif sexuellement ? O N Type de protection utilisé : _____
 Avez-vous des enfants ? O N Combien ? _____
 Avez-vous déjà eu des problèmes d'infertilité ? _____

Femmes seulement:

Âge de vos premières règles _____ Date de vos dernières règles _____
 Durée du cycle (ex : 28 jours) _____ Durée des règles (ex : 5 jours) _____
 Saignez-vous entre les règles ? O N Votre cycle est-il régulier ? O N
 Ces affections vous concernent-elles ? (Entourez les affections correspondantes)
 Crampes menstruelles Sécrotions vaginales Douleurs durant les rapports Flux menstruel très abondant
 Avez-vous déjà eu une infection vaginale ? O N Avez-vous déjà eu une infection sexuellement transmissible ? O N
 Êtes-vous enceinte ? O N Nombre de grossesses _____
 Nombre de fausse-couches _____ Nombre d'avortements _____
 Date de votre dernier test PAP _____ Date de votre dernière mammographie _____
 Examinez-vous régulièrement votre poitrine ? O N Masse ? Douleur ? Écoulement ?
 Avez-vous déjà pris un contraceptif oral ? O N Pendant combien de temps ? _____ Des effets secondaires ? _____

Hommes Seulement :

Date de votre dernier examen de prostate _____
 Avez-vous souffert des affections suivantes ? (Entourez les affections correspondantes)
 Hernie Masse testiculaire Difficultés sexuelles Adénome de la prostate
 Écoulement urétral Ulcérations génitales Difficultés Urinaires

HISTORIQUE FAMILIAL

Y a-t-il des maladies dans votre famille ? Qui en est affecté ?
 Veuillez préciser s'il s'agit de vos parents, frères, sœurs, 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 foins _____
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 pas mon historique familial

ALIMENTATION

Combien de repas faites-vous par jour ? _____ Qui prépare vos repas ? _____

Combien de tasses de café buvez-vous en moyenne ? Aucune 1/semaine 2/semaine 3+/semaine 1/jour 2/jour 3+/jour

Comment vous sentez-vous après avoir bu du café ? Aucun effet Tremblement des mains Palpitations du cœur
Étourdi Autre _____

Quelle quantité d'alcool buvez-vous en moyenne ? Pas du tout 1-2/mois 1-2/semaine 3-4/semaine 5+/semaine
1-2/jour 3-4/jour 5+/jour

Quelle sorte d'alcool buvez-vous ? _____

Avez-vous tendance à avoir soif ? O N Quelle quantité d'eau buvez-vous en moyenne par jour ? _____

Avez-vous des allergies ou des sensibilités à la nourriture ? (Veuillez les indiquer)

Quels sont les aliments dont vous ne pouvez vous passer ? Avez-vous des réactions à ces aliments ?

PSYCHOSOCIAL

À quelle fréquence faites-vous de l'exercice ? Jamais 1-2/mois 3-4/mois 1/sem 2/sem 3/sem 4/sem 5+/sem

Est-ce que cette fréquence a changé dernièrement ? O N Pourquoi ? _____

Quel type d'exercice faites-vous ? _____

Aimez-vous faire de l'exercice ? Si non, pourquoi ? _____

Comment pourriez-vous décrire le climat émotionnel chez vous ?

Définissez les niveaux de stress à votre travail ou dans d'autres aspects de votre vie. Comment gérez-vous ce stress ?

Veuillez indiquer les trois expériences les plus importantes et les plus stressantes de votre vie en commençant par la plus récente.

Quels sont vos intérêts et vos passe-temps? _____

Quels sont vos objectifs et vos attentes à long terme ?

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

REVUE DES SYSTÈMES

SVP cocher les symptômes que vous ressentez maintenant (M) ainsi que ceux que vous avez ressentis dans le passé (P)

GÉNÉRAL

Fatigue _____
 Sueurs nocturnes _____
 Manque de libido _____

PEAU

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

TÊTE

Maux de tête _____
 Traumatisme _____

YEUX

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

OREILLES

Problèmes d'audition _____
 Acouphènes _____
 Vertiges _____

NEZ et SINUS

Rhumes fréquents _____
 Saignements de 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 _____
 Rhumatismes articulaires aigus _____
 Douleurs 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 _____
 Paralyse _____
 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 _____

Nom _____

JOURNAL ALIMENTAIRE

Le but de ce tableau est de vous aider à analyser ce que vous mangez 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 vos habitudes alimentaires. Il est très important que les informations notées dans ce tableau soient aussi précises que possible. Votre honnêteté vous permettra d'en apprendre plus sur vous-même et facilitera l'identification des aliments qui pourraient vous causer des problèmes.

- 1- Ce tableau doit être rempli durant 5 jours consécutifs.
- 2- Veuillez inscrire tout ce que vous avalez, y compris l'eau, les collations, les boissons alcooliques, les boissons gazeuses, le café, etc.
- 3- 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).
- 4- 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

Déclaration de consentement

Nom en caractères d'imprimerie _____

En tant que patient(e) de cette clinique, je reconnais que les soins pratiqués sont basés sur les principes de la naturopathie. 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 mon historique médical et tous les médicaments prescrits, les médicaments en vente libre et les suppléments. Les quelques risques mineurs de certains plans naturopathiques incluent, sans s'y limiter, l'aggravation de symptômes existants et des réactions allergiques aux suppléments et aux herbes.

De plus, je confirme que j'ai le pouvoir, la capacité et le choix d'accepter ou de refuser ces soins 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 soins.

Merci d'attendre votre rendez-vous pour signer.

SIGNATURE

DATE

TÉMOIN