



***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 soigneusement avant votre rendez-vous. Veuillez noter que le journal alimentaire doit être rempli sur 5 jours.

La naturopathie 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:

- ***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 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 aider 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 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 plupart des compagnies d'assurance couvrent les frais de la naturopathie; 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 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 seborrhéique	Hépatite	Poux	Urticaire
Coqueluche	Hernie	Rhumatisme articulaire aigu	Varicelle
Coliques	Impétigo	Rhumes fréquents	VIH+/SIDA
Colon irritable	Incontinence urinaire	Rhume des foins	Vers
Conjonctivite	Infections des oreilles	Rougeurs fessières	
Constipation			

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 FAMILIAL***

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

Veuillez 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

### **Déclaration de consentement**

Nom en caractères d'imprimerie \_\_\_\_\_

Nom du gardien en caractères d'imprimerie \_\_\_\_\_

En tant que patient(e) de cette clinique, je reconnais que les soins médicaux 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 l'historique 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 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