

Bonjour,

Je suis heureuse de savoir que nous allons sous peu entamer un processus ensemble. Voici quelques questions qui me permettra de plus facilement cibler vos attentes.

Nom : _____ Prénom : _____ sexe : F / M

Cellulaire _____ # Maison _____ # Travail _____

Contact en cas d'urgence Nom : _____ Téléphone : _____

Adresse : _____ C.P. : _____

Ville : _____ Province : _____ Pays : _____

Courriel : _____

Droitier Gaucher Date de naissance : JJ / M / AA

Comment avez-vous entendu parler de moi : _____

Préférez-vous un reçu pour les ; impôts en massothérapeute en naturopathie

(Structure holographique : _____)

(Combinaison cognitive : _____)

Consentement

- *Je comprends et reconnais que les conseils, les programmes et/ou les plans sont des outils pour améliorer ma santé. Toutes les recommandations ne sont pas dans le but de guérir une maladie quelconque, donc, aucun diagnostic ne sera établi. Je suis entièrement responsable des informations fournies aux thérapeutes concernant ma santé.*
- *Je suis entièrement responsable des informations fournies à Stéphanie Carrières concernant ma santé. Je déclare que toutes les informations fournies dans ce questionnaire sont complètes et exactes, au meilleur de ma connaissance.*

Initiales : _____

SUIVI MÉDICAL :

Médecins traitants : _____

Médecins traitants : _____

Médecins traitants : _____

Médicaments actuels	Depuis	Pourquoi	Effets secondaires

Avez-vous pris un/des médicaments dans le passé sur une longue période : non

oui, lesquels / pourquoi : _____

Avez-vous pris de la cortisone / stéroïdes sur une longue période: non/

oui, lesquels / pourquoi : _____

Avez-vous pris des antibiotiques sur une longue période : non

oui, lesquels / pourquoi : _____

Vaccins d'enfance : non oui, quelles années ? _____

Vaccin du tétanos : quelle année et sur quelle zone de votre corps : _____

Vaccins de voyage : non oui,

Quel pays & quelle année ? _____

Quel pays & quelle année ? _____

Vaccin H1N1 : non oui

Vaccins Covid : dose 1 : (markue/date) dose 2 : (markue/date) dose 3: (markue/date)

Avez-vous des orthèses/prothèses artificielles (incluant plantaires, dentaires & oculaires) ? non

oui, veuillez préciser : _____

Avez-vous un stimulateur cardiaque et/ou pompe à insuline? non

oui, veuillez préciser : _____

Opérations/accouchements/ cicatrices/ tatous / piercings	Année	Pourquoi	Effets secondaires

Avez-vous eu la mononucléose

Avez-vous eu le zona

Avez-vous eu un cancer

Avez-vous eu la _____

Avez-vous eu la _____

SUIVI HOLISTIQUE :

Thérapeutes traitants : _____

Thérapeutes traitants : _____

Thérapeutes traitants : _____

Thérapeutes traitants : _____

Suppléments / posologie / fréquence	Depuis	Pourquoi	Effets secondaires

Occupation : _____

Comment percevez-vous votre situation financière ? _____

Situation Civile? célibataire marié\conjoint de fait divorcé veuf.ve

Habitez-vous ? Seul(e) Colocataire Parents Couple famille

d'enfants désirés : _____ # de conception : _____ # de grossesse : _____ # d'enfants : _____

Avez-vous des animaux? Intérieur Extérieur _____

Type régime alimentaire : _____

Avez-vous des restrictions alimentaires ? non oui, lesquels ? _____

Avez-vous des rages pour certains aliments ? non oui, lesquels ? _____

Quelle consommation faites-vous des produits suivants (par jour ou par semaine) ?

Verre d'eau/jour : _____ boisson (soda)/jour _____ Café : _____ Thé : _____

Alcool : _____ Cannabis : _____ Drogues : _____ Médicaments : _____

Êtes-vous régulièrement exposé à la fumée ? non oui, depuis combien d'années ? _____

Êtes-vous affecté par les changements de saison ? _____

Avez-vous été exposé à des produits toxiques au travail ou au foyer ? non oui ;

Plomb Cadmium Arsenic Mercure Aluminium Moisissures Produits ménagers Autre _____

Allergies : non oui, lesquelles : _____

Habitudes de sommeil :

- Vous sentez-vous reposé au lever ? oui non _____
- Quel est votre heure du lever et du coucher ? _____
- Réveils fréquents ? non oui, quelles heures ? _____
- Difficulté à s'endormir? _____
- Difficulté à se rendormir ? _____
- Rêves agités ? _____

Exercices /Sports	Fréquence par semaine	Durée
Activités / loisirs/méditation		

PARLEZ-MOI DE VOS FAITS MARQUANTS

ÉVÈNEMENTS PHYSIQUES	DATE	ÉVÈNEMENTS ÉMOTIONNELS
	CONCEPTION	
	GESTATION	
	NAISSANCE	
	ENFANCE	
	PRIMAIRE	
	SECONDAIRE	
	20aine	
	30aine	
	40aine	
	50aine	
	60aine +	

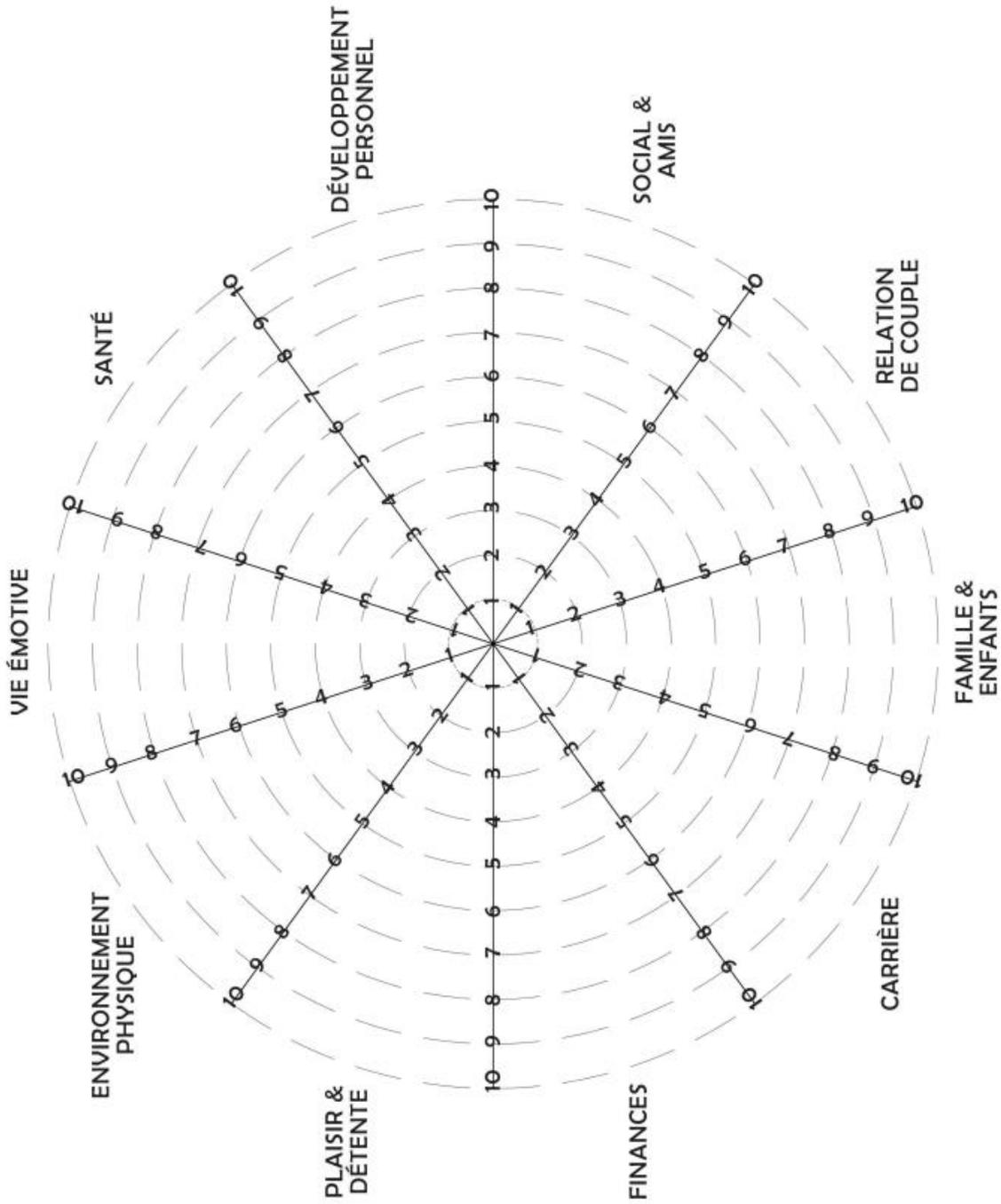
RAISONS DE LA CONSULTATION :

Problème(s)	Depuis	Commentaires

Il est important de remplir la ROUE de le VIE svp

Signature : _____

Date d'aujourd'hui : JJ / MM / AA



DATE: _____