





Bilan de santé

Dossier confidentiel

À l'usage exclusif du membre de l'Académie des Naturopathes et Naturothérapeutes du Canada. En vertu de nos Code d'éthique et Règlements, ces informations seront gardées confidentielles.

Renseignements personnels

| | M. | Mme | Mlle | Langue(s) d'usage | Français | Anglais |
|-------------------------------------|----|-----|------|-------------------|----------|---------|
| Nom* : | | | | Prénom* : | | |
| Adresse* : | | | | Ville* : | | |
| Code postal* : | | | | Tél. résidence* : | | |
| Cellulaire* : | | | | Courriel* : | | |
| Date de naissance : (aaaa/mm/jj) | | | | Type d'emploi : | | |
| Contact en cas d'urgence* : | | | | Téléphone* : | | |

| | | |
|---|-----|-----|
| Avez-vous déjà eu un soin thérapeutique/de détente (ex. : massage)? : | Oui | Non |
| Si oui, précisez : | | |
| Bénéficiez vous actuellement des soins d'une thérapeute? : | Oui | Non |
| Si oui, précisez le type de thérapie et la fréquence : | | |
| Avez-vous été référé(e)? : | Oui | Non |
| Si oui, par qui? : | | |
| Avez-vous besoin d'un reçu pour les assurances? : | Oui | Non |
| Quelles activités pratiquez vous (loisirs, sports)? : | | |

Informations médicales (voir définitions à la page 4)

Cochez tous les troubles dont vous avez souffert/les situations que vous avez expérimentées **par le passé**

Cochez tous les troubles/situations dont vous souffrez/expérimentez **présentement** et **précisez**

- | | | |
|--------------------------|---------------------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> | Accident de la route | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | Allergies | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | Cancer | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | Grossesse | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | Maladies cardio-vasculaires | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | Opérations | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | Troubles alimentaires | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | Troubles auditifs | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | Troubles circulatoires | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | Troubles cutanés | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | Troubles de l'appareil reproducteur | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | Troubles du sommeil | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | Troubles de vision | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | Troubles digestifs | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | Troubles émotifs ou mentaux | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | Troubles musculosquelettiques | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | Troubles neurologiques ou du cerveau | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | Troubles respiratoires ou pulmonaires | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | VIH / Sida | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | Autres | <input type="checkbox"/> |

Liste de vos médicaments actuels

| Nom | Raison | Dosage |
|-----|--------|--------|
|-----|--------|--------|

Signature

Je déclare que les informations ci-dessus sont véridiques et complètes au meilleur de ma connaissance.

Signature du client

Date

Section réservée au thérapeute

Nom complet :

No de membre :

Nombre de visites prévues :

Fréquence :

Signature du thérapeute

Date

Définitions

Maladies cardio-vasculaires

Angine, accident vasculaire cérébral (AVC), athérosclérose, arythmie cardiaque, cholestérol élevé, douleurs thoraciques, infarctus, insuffisance cardiaque, palpitations, pontages, souffle cardiaque.

Troubles alimentaires

Anorexie, boulimie, gain de poids soudain, obésité, perte d'appétit, perte de poids soudaine.

Troubles auditifs

Acouphènes, maux d'oreille, surdité.

Troubles circulatoires

Anémie, anévrisme, basse pression, caillot de sang, cellulite, crampes dans les jambes, diabète, ecchymoses (bleus), engourdissements aux mains ou aux pieds, enflure aux mains ou aux pieds, extrémités froides (mains et pieds), goutte, hémophilie, hémorroïdes, hypertension, hypoglycémie, incontinence, infection urinaire, phlébite, rhumatisme, sang dans les urines, urine souvent la nuit, thromboses, troubles de coagulation, troubles de la glande thyroïde ou de l'hypophyse, varices.

Troubles cutanés

Acné, démangeaisons, eczéma, grains de beauté, kyste, lupus, mycoses, naevus, pied d'athlète, psoriasis, sclérodermie, urticaire, verrues, zona.

Troubles de l'appareil reproducteur

Cellules anormales au col utérin, déséquilibre hormonal, endométriose, fibrome, hypertrophie de la prostate, hystérectomie, infertilité, maladies transmissibles sexuellement, ménopause, règles irrégulières, syndrome prémenstruel, troubles des ovaires et de l'utérus.

Troubles digestifs

Ballonnement, brûlures/ulcères d'estomac, calcul biliaires/rénaux, cirrhose, colite, constipation, crampes d'estomac, diarrhée, digestion lente, diverticulite, éructations (rots), excès de bile, gastrite, gaz intestinaux, hépatite, jaunisse, kyste au foie, kyste aux reins, maladie de Crohn, maladies du foie, nausées, pancréatite, polypes, syndrome du colon irritable, vomissements, ulcères.

Troubles émotifs ou mentaux

Angoisse, anxiété, burnout, chute de cheveux, dépression, épuisement, fatigue, hyperactivité, insomnie, nervosité, paniques, perte de mémoire, psychose, schizophrénie, sclérose, stress, troubles d'adaptation, troubles du déficit d'attention.

Troubles musculosquelettiques

Arthrite, arthrose, articulations douloureuses, bursite / tendinite, fibromyalgie, fracture / mauvaise foulure, goutte, hernie discale ou intestinale, maux de dos, nerf sciatique, orthèse, ostéoporose, prothèse, rhumatisme, scoliose, syndrome de douleur chronique, torticolis.

Troubles neurologiques ou du cerveau

Alzheimer, chorée de Huntington, convulsions, démence, dystrophie musculaire, épilepsie, évanouissements, myélite, paralysie, maladie de Parkinson, perte de l'équilibre, sclérose en plaques, stérilité, tremblements, troubles de mémoire.

Troubles respiratoires ou pulmonaires

Apnée du sommeil, asthme, bronchite, emphysème, essoufflement, fibrose kystique, maux de gorge, pneumonie, rhume/grippe fréquente, sinusite, toux chronique, tuberculose.

Autres

Bosse, cystite, dysfonctionnement de la glande thyroïde, étourdissements, kyste aux mains, infection rénale, de la prostate, de la vessie, insuffisance rénale, lésion, masse, maux de tête, migraines, nodules.