

HISTORIQUE DE SANTÉ

Notre habilité à améliorer efficacement votre état de santé dépend de l'exactitude et de l'honnêteté de vos réponses à ce questionnaire. Des facteurs actuels ou passés affectent votre condition. Gérer et comprendre ces facteurs déclencheurs nous permet de cibler la racine de votre déséquilibre biochimique, énergétique, émotif, corporel et génétique. Votre précision aidera à améliorer votre qualité de vie. Les informations ci-dessous resteront confidentielles entre vous et votre naturopathe agréé.

Prénom : _____	Nom : _____	
Adresse : _____	Ville : _____	
Province : _____	Code postal : _____	
Tél (maison): () _____ - _____	Date de naissance : ____ / ____ / ____	Âge: ____
Tél (travail) : () _____ - _____	Courriel : _____	
Tél (cellulaire): () _____ - _____		
Aimeriez-vous recevoir l'infolettre de Sylvie Rousseau ND.A oui _____ non _____		
Occupation : _____		
Référé(e) par : _____	Grandeur: _____	Poids : _____ Sexe: _____
Date : _____	Médecin traitant : _____	

1. Classez les PROBLÈMES existants pour lesquels vous consultez par priorité et remplissez les autres cases le plus complètement possible.

DÉCRIVEZ VOTRE PROBLÈME	LÉGER/MODÉRÉ/ SÉVÈRE	TRAITEMENT EFFECTUÉ	RÉUSSITE
Exemple : écoulement nasal	Modéré	Diète éliminatoire	Modéré
1.			
2.			
3.			
4.			
5.			
6.			
7.			

2. Quels sont vos ANTÉCÉDENTS FAMILIAUX :

Lien familial	État de santé actuel / maladies diagnostiquées
Père	
Mère	
Frère/sœur	

3. Questions sur votre HISTORIQUE MÉDICAL / chirurgies:

MALADIES	QUAND	COMMENTAIRES
Anémie		
Arthrite		
Asthme		
Bronchite		
Cancer		
Syndrome de fatigue chronique		
Maladie de Chron ou colite ulcéreuse		
Diabète		
Calculs biliaires (pierres au foie)		
Goutte		
Crise cardiaque/Angine de poitrine		
Insuffisance cardiaque		
Hépatite		
Cholestérol/Triglycérides		
Haute pression		
Basse pression		
Colon irritable		
Lithiase rénale (pierres aux reins)		
Mononucléose		
Pneumonie		
Rhumatisme articulaire		
Sinusite		
Apnée du sommeil		
Problème de thyroïde		
Autre (décrire)		
BLESSURES	QUAND	COMMENTAIRES
Blessure au dos		
Fracture (décrire)		
Blessure à la tête		
Blessure au cou		
Autre (décrire)		

TEST DIAGNOSTIQUE	QUAND	COMMENTAIRES
Lavement baryté		
Ostéodensitométrie		
Échographie abdominale		
Scan (Spécifiez)		
Angioplastie		
Radiographie (Spécifiez)		
Colonoscopie		
Biopsie		
Mammographie		
Résonance magnétique		
ECG		
Autre (décrire)		

OPÉRATIONS	QUAND	COMMENTAIRES
Appendicectomie		
Chirurgie dentaire		
Ablation de la vésicule biliaire		
Hernie		
Hystérectomie complète ou partielle		
Ablation des amygdales		
Autre (décrire)		
HOSPITALISATIONS	QUAND	RAISONS

4. Quels sont les MÉDICAMENTS que vous consommez maintenant ?

NOM DES MEDICAMENTS	DEPUIS QUAND	POSOLOGIE
1.		
2.		
3.		
4.		
5.		
6.		
7.		

5. Questions traitant de la médication / exposition à des substances toxiques :

Avez-vous été traité à plusieurs reprises (plus de 5 fois dans les deux dernières années) avec des ANTIBIOTIQUES ?	
Avez-vous été traité à plusieurs reprises (plus de 5 fois dans les deux dernières années) avec des STÉROÏDES par voie orale (cortisone, prednisone ...)?	
Avez-vous des ALLERGIES aux médicaments ? Lesquels ?	
Avez-vous, à votre connaissance, été exposé à des MÉTAUX TOXIQUES à votre travail ou au foyer ?	

6. Questions sur votre SANTÉ HORMONALE :

Pour femme seulement	Oui/non	Commentaires
Avez-vous pris des ANOVULENTS par le passé?		
Souffrez-vous ou avez-vous souffert de SYNDROMES PRÉMENSTRUELS (irritabilité, gonflements des seins, troubles de l'humeur, constipation ...) ?		
Êtes-vous MÉNOPAUSÉE ? Depuis quand ?		

7. Décrivez les vitamines, minéraux et SUPPLÉMENTS NATURELS que vous prenez maintenant.

NOM DES VITAMINES/MINÉRAUX/SUPPLÉMENTS	DEPUIS QUAND	POSOLOGIE
1.		
2.		
3.		
4.		
5.		
6.		
7.		

8. Décrivez vos HABITUDES ALIMENTAIRES. Indiquez la fréquence par jour ou par semaine.

<input type="checkbox"/> thé ___/j	<input type="checkbox"/> fromages maigres ___/j	<input type="checkbox"/> poisson ___/j	<input type="checkbox"/> desserts ___/j
<input type="checkbox"/> café ___/j	<input type="checkbox"/> fromages gras ___/j	<input type="checkbox"/> poulet ___/j	<input type="checkbox"/> confiture ___/j
<input type="checkbox"/> lait vache ___/j	<input type="checkbox"/> oeufs ___/j	<input type="checkbox"/> boeuf ___/j	<input type="checkbox"/> beurre noix ___/j
<input type="checkbox"/> lait chèvre ___/j	<input type="checkbox"/> yogourt ___/j	<input type="checkbox"/> agneau ___/j	<input type="checkbox"/> bonbon ___/j
<input type="checkbox"/> lait soya ___/j	<input type="checkbox"/> fruits ___/j	<input type="checkbox"/> porc ___/j	<input type="checkbox"/> chocolat ___/j
<input type="checkbox"/> eau ___/j	<input type="checkbox"/> citrus ___/j	<input type="checkbox"/> bacon ___/j	<input type="checkbox"/> crème glacée ___/j
<input type="checkbox"/> jus citrus ___/j	<input type="checkbox"/> légumes ___/j	<input type="checkbox"/> charcuterie ___/j	<input type="checkbox"/> croustilles ___/j
<input type="checkbox"/> jus légume ___/j	<input type="checkbox"/> crudités ___/j	<input type="checkbox"/> smoked meat ___/j	<input type="checkbox"/> biscuits ___/j
<input type="checkbox"/> jus fruits ___/j	<input type="checkbox"/> salade ___/j	<input type="checkbox"/> fritures ___/j	<input type="checkbox"/> pâtes ___/j
<input type="checkbox"/> liqueur ___/j	<input type="checkbox"/> vinaigrette ___/j	<input type="checkbox"/> tofu ___/j	<input type="checkbox"/> riz blanc ___/j
<input type="checkbox"/> liqueur diète ___/j	<input type="checkbox"/> huile olive ___/j	<input type="checkbox"/> haricots ___/j	<input type="checkbox"/> riz brun ___/j
<input type="checkbox"/> tisane ___/j	<input type="checkbox"/> huile lin ___/j	<input type="checkbox"/> lentilles ___/j	<input type="checkbox"/> pain blanc ___/j
<input type="checkbox"/> boisson énergisante ___/j	<input type="checkbox"/> sauce tomate ___/j	<input type="checkbox"/> noix, graines ___/j	<input type="checkbox"/> pain brun ___/j
<input type="checkbox"/> condiments ___/j		<input type="checkbox"/> sel ___/j	<input type="checkbox"/> céréales ___/j

9. Questions concernant votre rapport avec l'ALIMENTATION :

Réactions alimentaires	√	Lesquels	Symptômes
SAUTER un repas amplifie les symptômes			
J'ai des RAGES pour certains aliments			
Je dois M'ABSTENIR de manger certains aliments pour éviter des symptômes			
Je me sens PIRE à certains moments de l'année			

10. Questions concernant vos INTESTINS :

Fréquence des selles	√	Couleur	√	Consistance	√
Plus de 3 x jour		Brun moyen		Formée	
1 x jour		Très foncée ou noire		Petite et dure	
2-3 x semaine		Verdâtre		Diarrhée	
1 x semaine		Sang visible		Graisseuse	
		Jaune		Alterne entre dure/ liquide	

11. Questions concernant les GAZ INTESTINAUX :

Fréquence des gaz	√	Odeur	√
A tous les jours		Présent avec douleur	
Occasionnel		Nauséabonde	
Aucun		Sans odeur	

12. Quels sont vos habitudes de SOMMEIL :

Heure		Qualité du sommeil	√
Du coucher		Difficulté à vous endormir	
Du lever		Reposé au lever	
Nombre d'heures dormies		Réveils fréquents la nuit (à quelles heures ?)	

13. Quels sont vos habitudes de CONSOMMATION :

	En consommez-vous ?	Fréquence par semaine	Quel type
Alcool			
Tabac			
Stupéfiant			

14. Questions concernant votre ÉTAT ÉMOTIONNEL ET PSYCHOLOGIQUE :

	O/N	A quel moment	Commentaires
Avez-vous vécu une EXPÉRIENCE MAJEURE de changement dans votre vie, la perte d'un être cher ou un stress important?			
Avez-vous déjà été suivi en PSYCHOTHÉRAPIE ?			

15. Quels sont vos LOISIRS et activités ?

	Fréquence par semaine	Quel type
Loisir		
Exercice		
Relaxation /méditation		