|  |  |
| --- | --- |
| Date d’ouverture du dossier: | date |
| QUESTIONNAIRE DE SANTÉ – pAGE 1Toutes les informations recueillies sont strictement confidentielles |
| **Nom, Prénom:** . | **Sexe:** . | Date de naissance: . | **Âge:** . |
|  Lieu de naissance : . | État civil : . | État civil actuel depuis : . |
| **Nombre et âge d’enfants:** . | Groupe sanguin: . |
| Avec qui vivez-vous? . | Animaux domestiques chez vous :. |
| Réferé(e) par: . | Date du dernier examen médical: . |
| Adresse*: (numéro, rue)* . | Ville: . |
| Province, Pays: . | Téléphone domicile: | . |
| Occupation: . | Téléphone travaille: | . |
| Courriel: . | Téléphone cellulaire: | . |
| Contact en cas d’urgence: *(nom/relation)* . | Téléphone d’urgence: | . |
| Nom de votre médecin: . | Téléphone médecin: | . |
| Autres professionnels de la santé: . |
| Avez-vous actuellement ou aviez-vous dans le passé des amalgames dentaires de mercure? . |
| **Avez-vous ou votre famille, vécu un changement ou une perte majeure dans votre vie?** *décès, divorce, accident, etc.* . |
| **Si oui, date et détails:**. |  |
|  .  |  |
| **SOUFFREZ-VOUS D’ALLERGIES?** *Complétez le tableau ici-bas* |
| **Nom de l’allergène:** *médicament, aliment, autres* | **Depuis** | **Réaction et Symptômes** |
|  | . | . | . |
|  | . | . | . |
|  | . | . | . |
| **ÉNUMÉREZ, PAR ORDRE D’IMPORTANCE, LES 3 PROBLÈMES DE SANTÉ ACTUELS QUE VOUS VOULEZ ADRESSER** |
|  | Condition | **Depuis** | **Traitements et Résultats** *(aucun, faible, modéré, excellent)* |
| **1** | . | . | . |
|  **2** | . | . | . |
|  **3** | . | . | . |
| **MALADIES D’ENFANCES** *(Cochez toutes celles que vous avez déjà eues)* |
|  . **Rougeole**  . **Oreillons**  . **Rubéole**  . **Varicelle**  . **Fièvre rhumatismale**  . **Polio** |
| **IMMUNISATIONS** *(Cochez toutes celles que vous avez déjà eues)* |
| . | **Diphthérie, Pertussis, Tétanos (DPT)**  | . | **Pneumocoque** | . | **Tétanos** |
| . | **Rougeole, Oreillons, Rubéole (ROR)** | . | **Varicelle** | . | **Meningococcal** |
| . | **Influenza** | . | **Hépatite A** | . | **Herpes Zoster** |
| . | **Polio** | . | **Hépatite B** | .  | **Autres** |
| ÉNUMÉREZ TOUTES LES MALADIES OU CONDITIONS DIAGNOSTIQUÉES PAR UN MÉDECIN  |
|  | **Date** | **Condition, traitement, résultat** |
| **1** | . | . |
| **2** | . | . |
| **3** | . | . |
| **4** | . | . |
|  | QUESTIONNAIRE DE SANTÉ – pAGE 2Toutes les informations recueillies sont strictement confidentielles |
| **HISTORIQUE MÉDICAL** |
| **Année** | **Condition** | **Sévérité** *(choisir réponse)* | **Traitement***(nom, médicament ou supplément, mg/jr)* | **Résultat***(choisir réponse)* |
| . | **Allergies** | . | . | . |
| . | **Anémie** | . | . | . |
| . | **Arthrite, rhumatisme, ostéoarthrite** | . | . | . |
| . | **Problème de la thyroïde** | . | . | . |
| . | **Cancer/Leucémie** | . | . | . |
| . | **Maladies cardiovasculaires** | . | . | . |
| . | **Hypercholestérolémie** | . | . | . |
| . | **Triglycérides élevés**  | . | . | . |
| . | **Hypertension** | . | . | . |
| . | **Accident vasculaire cérébrale** | . | . | . |
| . | **Maladies du poumon** *emphysème, pneumonie, etc* | . | . | . |
| . | **Diabète, type I/Type II, hyperglycémie** | . | . | . |
| . | **Épilepsie/convulsions** | . | . | . |
| . | **Ostéoporose** | . | . | . |
| . | **Goutte** | . | . | . |
| . | **Hépatite, Jaunisse** | . | . | . |
| . | **Troubles digestifs (Crohn’s, IBS)** | . | . | . |
| . | **Maladies inflammatoires pelviennes** | . | . | . |
| . | **Prostatite** | . | . | . |
| . | **Troubles rénaux (calculs, infx. urinaire)** | . | . | . |
| . | **Maladies transmises sexuellement, VIH** | . | . | . |
| . | **Problèmes de peau** | . | . | . |
| . | **Trouble mental/de l’humeur** | . | . | . |
| . | **Dépendance (drogue, alcool)** | . | . | . |
| . | **Troubles de la thyroïde** | . | . | . |
| CHIRURGIES |
| **Année** | **Raison** | **Hôpital, résultat** |
| . | . | . |
| . | . | . |
| . | . | . |
| . | . | . |
| . | . | . |
| AUTRES HOSPITALISATIONS |
| **Année** | **Raison** | **Hôpital, résultat** |
| . | . | . |
| . | . | . |
| . | . | . |
| . | . | . |
| . | . | . |
| QUESTIONNAIRE DE SANTÉ – pAGE 3Toutes les informations recueillies sont strictement confidentielles |
| AVEZ-VOUS DÉJÀ REÇU UNE TRANSFUSION SANGUINE DANS LE PASSÉ?  | . |

|  |
| --- |
| **ÉNUMÉREZ TOUS MÉDICAMENTS DE PRESCRIPTION, SUPPLÉMENTS, INHALATEURS, ETC. QUE VOUS PRENEZ ACTUELLEMENT**  |
| **Nom du médicament ou supplément***(composition et marque)* | **Puissance et fréquence***(ex. mg/pilule & nombre de pilule/jour)* | **Raison** | **Résultat** |
| . | . | . | . |
| . | . | . | . |
| . | . | . | . |
| . | . | . | . |
| . | . | . | . |
| . | . | . | . |
| . | . | . | . |
| . | . | . | . |
| . | . | . | . |
| . | . | . | . |
| **ANTÉCÉDENTS FAMILIAUX** *(Cancer, diabète, maladie cardiovasculaire, haute tension artérielle, maladie rénale, Alzheimer, arthrite, ostéoporose, …)* |
|  | **Âge** | **Problème de santé grave ou âge de décès**  | **Enfants** | **Âge** | **Problème de santé grave ou âge de décès** |
| Père | . | . | . | . | . |
| Mère | . | . | . | . | . |
| . | . | . | . | . | . |
| . | . | . | . | . | . |
| . | . | . | Grand-mère Maternelle | . | . |
| . | . | . | Grand-père Maternel | . | . |
| . | . | . | Grand-mère Paternelle | . | . |
| . | . | . | Grand-père Paternel | . | . |
| HABITUDES ET SÉCURITÉ PERSONNELLES |
|  |
| Général | **Comment décririez-vous votre état de santé actuel?** | . |
| Médicaments | **Estimez le nombre de prise d’antibiotiques durant votre vie :** . | **Les 2 dernières années** . |
| **Estimez le nombre de prise d’anti-inflammatoires durant votre vie :** . | **Les 2 dernières années** . |
| Exercice | **Est-ce-que vous pratiquez de l’exercice physique régulièrement?** | . |
| 1. **Exercice léger: lesquels, duré, fréquence/semaine:** .
 |
| 1. **Exercice modéré: lesquels, duré, fréquence/semaine:** .
 |
| 1. **Exercice intensif: lesquels, durée, fréquence/semaine:** .
 |
| Diète | **Suivez-vous actuellement un régime alimentaire particulier?** *maigrir, athlétique, médical..* | . |
| **Avez-vous des restrictions alimentaires** *(religion, végétarisme, etc.)* | . |
| **Nombre de verres d’eau consommés en moyenne par jour?** . |
| **Évaluez votre apport quotidien en: Sel:** . **Sucre:** . **Gras:** . **Caféine :** . |
| Caféine et Tabac | **No. de tasses ou cannettes/jour de: Café:** . **Thé:** . **Cola/boisson énergisante:** . **total/jour** . |
| **Utilisez-vous du tabac?**  | . |
| **Cigarettes – pks. /jour:** . **à mâcher - #/jour: . Pipe - #/jour: Cigars - #/jour:** . |
| **Nombre d’années d’utilisation:**  | **Date d’arrêt si c’est le cas:** . |
| **Méthode/thérapie utiliser pour arrêter:** . |
| QUESTIONNAIRE DE SANTÉ – pAGE 4Toutes les informations recueillies sont strictement confidentielles |
|  | **CHOISIR ‘OUI’ OU ‘NON’ ET AJOUTEZ LES DÉTAILS PERTINENTS**  | **Oui/Non** |
| Alcool | **Consommez-vous de l’alcool?** | . |
| **Si oui, quel genre et combien de verres par semaine/jour?** . |
| **Faites-vous souvent des excès ou avez-vous souffert de perte de conscience ou de mémoire?** | . |
| **Souffrez-vous actuellement ou avez-vous souffert dans le passé de dépendance alcoolique?** | . |
| **Si oui : quand, durée, traitements, résultats:** . |
| Drogues | **Consommez-vous actuellement des drogues de la rue?** | . |
| **Depuis quand, lesquelles, avez-vous essayez d’arrêter?** . |
|  | **Avez-vous dans le passé consommer des drogues de la rue?**  | . |
|  | **Quand, lesquels, traitements pour arrêter:** . |
| Sexe | **Êtes-vous sexuellement active/actif?** | . |
| **Si oui, essayez-vous pour une grossesse?** | . |
| **Si vous ne voulez pas d’enfant, quel moyen de contraception utilisez-vous?** . |
| **Sentez-vous de l’inconfort durant les relations sexuelles?** | . |
| **Stress** | **Le stress est-il un problème majeur dans votre vie?** | . |
|  | **Votre travail est-il une source de stress majeur pour vous?** | . |
| **Votre vie personnelle est-elle une source de stress majeur pour vous?** | . |
| **Êtes-vous déprimé(e)?** | . |
| **Avez-vous un sentiment de panique lorsque vous êtes déprimé(e)?** | . |
| **Pleurez-vous fréquemment?** | . |
| **Psychothérapie** | **Êtes-vous actuellement en psychothérapie?** | . |
|  | **Si oui : raison, depuis quand, thérapie, résultat:** . |
| **Avez-vous été en psychothérapie dans le passé?**  | . |
| **Si oui, raison, date, thérapie, résultat:** . |
| **Prenez-vous maintenant ou avez-vous déjà pris des antidépresseurs, Quand?** . | . |
| **Sommeil** | **Avez-vous de la difficulté à vous endormir?** | . |
|  | **Est-ce que votre sommeil est interrompu? Si oui, à quelle(s) heure(s)?** . | . |
| **Avez-vous été diagnostiqué avec de l’apnée du sommeil?** | . |
|  | **Utilisez-vous souvent des somnifères? lesquels, fréquence/semaine?** . | . |
|  | **À quelle heure vous couchez-vous et à quelle heure vous levez-vous le matin?** . |
| Sécurité Personnelle | **Habitez-vous seul(e)?** | . |
| **Faites-vous des chutes souvent?** | . |
| **Souffrez-vous d’une perte de la vision?**  | . |
|  | **Souffrez-vous d’une perte d’audition?** | . |
| **Loisir et Social** | **Avez-vous des passe-temps favoris?** *(i.e. musique, cuisine, peinture…)*. |
|  | **Comment aimez-vous passer votre temps libre?** *seul(e),lire, cinéma, avec des amis etc.* . |
|  | **Faites-vous du bénévolat communautaire? Si oui, quoi?** . | . |
|  | **Sentez-vous le besoin d’avoir vos journées toujours remplies de projets et d’activités?** . | . |
|  | **Préférez-vous être seul la plupart du temps(e)?** . | . |
|  | **Préférez-vous avoir de la compagnie et être avec des amis tout le temps?** . | . |
| QUESTIONNAIRE DE SANTÉ – pAGE 5Toutes les informations recueillies sont strictement confidentielles |
| **SECTION POUR LES FEMMES** |
| **Âge de début des menstruations:** . | **Date des dernières menstruations:** . | **Âge de ménopause:** . |
| **Durée du cycle menstruel?** . | **Nombre de jour des menstruations:** . | **Couleur du sang :** .  |
| **Nombre de grossesses:** . | **Nombre d’accouchements:** . | **Nombre d’avortements:** . |
| **Date du dernier examen FCU (PAP) et résultat:**  . |
| **Date de la dernière mammographie et résultat:** . |
| **Votre cycle menstruel est-il régulier?**  | . |
| **Avez-vous des saignements abondants?** | . |
| **Avez-vous des saignements entre les règles?** | . |
| **Souffrez-vous de douleurs/crampes?** | . |
| **Souffrez-vous de symptômes prémenstruels?** *(tension, douleur, ballonnements, irritabilité)* | . |
| **Avez-vous des pertes vaginales anormales? Si oui, quelle couleur, odeur :** . | . |
| **Souffrez-vous de bouffées de chaleur ou de transpirations nocturnes?** | . |
| **Souffrez-vous d’une baisse ou perte de libido?** | . |
| **Avez-vous une augmentation de poils sur le visage?** | . |
| **Êtes-vous actuellement enceinte ou en train d’allaiter?** | . |
| **Avez-vous déjà utilisé la pilule contraceptive? Si oui, laquelle et durée?** . | . |
| **Avez-vous déjà utilisé l’hormonothérapie? Si oui, quelles hormones et durée?** . | . |
| **Historique de curettage, une hystérectomie ou une césarienne? Expliquez:** . | . |
| **Pratiquez-vous l’auto-examen des seins régulièrement?** | . |
| **Présence récente de sensibilité ou de masse/boule dans les seins ou d’écoulements mamelonnaires?**  | . |
| **Infections urinaires, de la vessie ou des reins durant les derniers 12 mois?**  | . |
| **Historique de troubles des reins (calculs rénaux ou de la vessie)?** | . |
| **Avez-vous du sang dans les urines?** | . |
| **Avez-vous des problèmes d’incontinence?** | . |
| **Ressentez-vous des douleurs durant les rapports sexuels?** | . |
| **SECTION POUR LES HOMMES** |
| **Vous levez-vous durant la nuit pour uriner? Si oui, combien de fois?** . | . |
| **Sentez-vous des douleurs ou brûlures à la miction?**  | . |
| **Avez-vous du sang dans les urines?** | . |
| **Avez-vous des écoulements brûlants du pénis ou des plaies génitales?**  | . |
| **Avez-vous une diminution de la force du jet d’urine?** | . |
| **Avez-vous des difficultés de miction ou êtes-vous incapable de vider complètement votre vessie?** | . |
| **Avez-vous souffert d’infections urinaires, de la vessie, des reins ou de la prostate durant les derniers 12 mois?** | . |
| **Avez-vous un historique de troubles des reins (calculs rénaux ou de la vessie)?** | . |
| **Avez-vous des problèmes d’érection ou d’éjaculation?** | . |
| **Avez-vous des douleurs, enflures ou masses testiculaires, hernie?** | . |
| **Avez-vous une hyperplasie bénigne de la prostate?** | . |
| **Souffrez-vous d’une baisse ou perte de libido?** | . |
| **Remarquez-vous une perte de poils sur l’extérieur des jambes?** | . |
| **Date du dernier examen de la prostate/toucher rectal et résultats: .**  |
| QUESTIONNAIRE DE SANTÉ – pAGE 6Toutes les informations recueillies sont strictement confidentielles |
| **AUTRES PROBLÈMES** |
| **Pour chaque symptôme indiquez niveau d’inconfort: 1 = rare/bénin, 2 = souvent/modéré, 3 = fréquent/sévère** |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| . | **Faim fréquente, besoin de grignoter** | . | **Asthme** | . | **Anxieté, nervosité** |
| . | **Perte d’appétit** | . | **Bronchites chroniques** | . | **Dépression** |
| . | **Rage de sucre** | . | **Amygdalites chroniques** | . | **Attaque de panique** |
| . | **Rage de sel** | . | **Sinusites chroniques** | . | **Difficulté de concentration** |
| . | **Digestion lente, lourdeur à l’estomac** | . | **Toux chronique** | . | **Mémoire faible** |
| . | **Reflux acide** | . | **Congestion nasale chronique** | . | **Hypersensitivité aux bruits** |
| . | **Migraines après consommation de gras** | . | **Mucus, sécrétions post-nasales**  | . | **Syndrome des jambes sans repos** |
| . | **Nausée fréquente** | . | **Enrouement dans la gorge** | . | **Irritabilité excessive** |
| . | **Fatigue après les repas** | . | **Rhumes fréquents** | . | **Insomnie** |
| . | **Crampes abdominales** | . | **Angine, douleur à la poitrine** | . | **Rèves vivides** |
| . | **Gaz intestinaux, flatulence, rots** | . | **Serrement de la poitrine,** pire à l’exercice | . | **Acné** |
| . | **Fatique/vertige avec la faim** | . | **Soupirs fréquents,** besoin d’oxygène | . | **Psoriasis** |
| . | **Constipation chronique** | . | **Taux de cholestérol sanguin élevé** | . | **Eczéma** |
| . | **Diarrhée chronique** | . | **Taux de triglycérides sanguins élevé** | . | **Rosacée** |
| . | **Alternance constipation/diarrhée**  | . | **Hypertension artérielle** | . | **Peau sèche, écailleuse** |
| . | **Hémorrhoides** | . | **Hypotension artérielle** | . | **Peau comme chair de poule sur bras** |
| . | **Démangeaisons/brulûres anales** | . | **Palpitations** | . | **Bouche sèche** |
| . | **Ulcers buccaux (aphtes)** | . | **Arythmie, rythme du coeur irrégulier** | . | **Yeux secs** |
| . | **Saignements des gencives** | . | **Froid aux mains/pieds fréquemment**  | . | **Yeux, démangeaisons** |
| . | **Mauvaise haleine** | . | **Chevilles enflées** | . | **Pellicules dans les cheveux** |
| . | **Fissure sur la langue** | . | **Engourdissements main/pied fréquent** | . | **Excès de cire dans les oreilles** |
| . | **Fissures aux coins de la bouche** | . | **Circulation lente** | . | **Démangeaisons dans les oreilles** |
| . | **Goût métallique dans la bouche** | . | **Saigements du nez fréquents** | . | **Acouphène, sifflement dans oreilles** |
| . | **Grincement des dents** | . | **Varices** | . | **Cicatrisation lente** |
| . | **Mauvaise santé dentaire** *(caries…)* | . | **Écchymoses faciles** | . | **Cheveux fin, perte de cheveux**  |
| . | **Difficulté à perdre du poids** | . | **Saignements abondants si blesser** | . | **Perte des poils des sourcils** |
| . | **Difficulté à prendre du poids** | . | **Hypersensitivité à la lumière** | . | **Ne supporte pas le froid, frilosité**  |
| . | **Ongles mous/cassants** | . | **Hypersensibilité aux bruits** | . | **Ne supporte pas la chaleur** |
| . | **Ongles avec tâches blanches** | . | **Migraines fréquentes** | . | **Raideurs articulaires au levé** |
| . | **Ongles avec stries verticales** | . | **Changement de vision avec migraines** | . | **Articulations enflées** |
| . | **Tremblements des mains** | . | **Douleurs lancinantes yeux avec migraines** | . | **Doigts enflés** |
| . | **Spasmes/tics musculaires fréquents** | . | **Nausea/vomiting with migraines** | . | **Douleurs au cou** |
| . | **Crampes musculaires nocturnes**  | . | **Vertiges rotatoires** | . | **Douleurs au haut du dos** |
| . | **Crampes musculaires durant le jour** | . | **Éblouissements** | . | **Douleur au bas du dos** |

|  |
| --- |
| QUESTIONNAIRE DE SANTÉ – pAGE 7Toutes les informations recueillies sont strictement confidentielles |
| **LES SELLES** |
| **Nombre de selles par jour :** . **Couleur:** . **Consistance:** . |
| **Cochez les autres éléments qui s’appliquent :** |
|[ ]  **Glaires ou Mucus dans selles** |[ ]  **Sang rouge dans la masse fécale** |[ ]  **Résidus alimentaires d’origine animale** |
|[ ]  **Selles qui flottent dans le bol** |[ ]  **Sang rouge dans le bol de toilette** |[ ]  **Résidus alimentaires d’origine végétale** |
| **LES HABITUDES ALIMENTAIRES**  |
| **Combien de fois par semaine mangez-vous du ‘fast-food’?** . |
| **Combien de fois par semaine mangez-vous des desserts ou des sucreries?** . |
| **Combien de fois par semaine mangez-vous des chips ou d’autres goûters salés?** . |
| **Combien de repas mangez-vous par jour?** . |
| **Mangez-vous à des heures régulières la plupart du temps?** . |
| **Combien de goûter mangez-vous par jour et à quelles heures?** . |
| **Décrivez un petit déjeûner typique:** . |
| **Décrivez un dinner (déjeûner) typique:** . |
| **Décrivez un souper (dinner) typique:** . |
| **Décrivez un goûter typique:** . |
| **Veuillez imprimer le ‘Journal Alimentaire’, page 8, le remplir durant 5 jours consécutifs et l’amener avec vous au 1er RDV** |

|  |
| --- |
| **VOUS POUVEZ AJOUTER TOUTE INFORMATION SUPPLÉMENTAIRE PERTINENTE À VOTRE DOSSIER** |
| . |
| . |
| . |
| . |
| . |
| . |
| . |

|  |
| --- |
| **INFORMATIONS IMPORTANTES ET DÉSISTEMENT** |
| Veuillez lire attentivement les termes et conditions d’utilisation et cochez la case ‘’j’accepte’’ à la fin pour indiquer votre consentement |
| Les informations et les conseils obtenus par la naturopathe (Ruby Maalouf) ou par son site web ne devront pas être interprétés comme  |
| étant un diagnostic ou un conseil médical, une cure ou un traitement ni un moyen de prévenir aucune maladie. Toutes informations  |
| et conseils obtenus ne sont pas prévus ni supposés être un substitut à un avis médical et toutes personnes est encouragées à toujours |
| demander l’avis de son médecin avant de commencer tout nouveau traitement pour une condition ou une maladie. Vous êtes aussi priez |
| de ne jamais retarder une consultation ou arrêter la prise de vos médicaments. |
| **DÉSISTEMENT** |
| Je reconnais que je comprends que tous les conseils, plans d’alimentation et suppléments suggérés sont des outils pour améliorer ma  |
| physiologie et/ou biochimie corporelle et non pas pour guérir aucune maladie et qu’aucun diagnostic ne sera posé.  |
| Je reconnais aussi que je suis personnellement responsable de toutes les informations données au naturopathe concernant ma santé.  |
| Je certifie que j’ai plus de 18 ans et que l’ai lu, compris et consenti aux termes et conditions d’utilisation décrites ci-haut | **J’accepte** . |

|  |
| --- |
| **QUESTIONNAIRE DE SANTÉ – Page 8***Toutes les informations recueillis sont strictement confidentielles* |
| **JOURNAL ALIMENTAIRE** |
| * Remplir ce tableau sur 5 jours consécutifs et le renvoyer avec le questionnaire ou bien l’imprimer et l’amener avec vous au 1er rendez-vous
* Écrire tout ce que vous consommez (nourritures, eau, goûters, jus, confiseries …)
* Indiquez tous les ingrédients contenus dans les aliments préparés (ex. genre de farine, assaisonnements, épices, …)
* Assurez-vous de donner le maximum d’informations et détails possibles
 |
| **DATE** | **DÉJEUNER** | **DÎNER** | **SOUPER** | **GOÛTER & BOISSONS** | **TROUBLES DIGESTIFS, URINAIRES, PEAU..** | **ÉNERGIE ET HUMEUR GÉNÉRALE** |
| **jOUR 1**. | . | . | . | . | . | . |
| **jOUR 2**. | . | . | . | . | . | . |
| **jOUR 3**. | . | . | . | . | . | . |
| **jOUR 4**. | . | . | . | . | . | . |
| **jOUR 5**. | . | . | . | . | . | . |