

Delphine Kubica

Naturopathe

Fiche d'identification

Prénom	Nom de famille	Sexe
Adresse		
Code Postal	Ville	
Téléphone (maison)	Téléphone (cellulaire)	
Courriel		
Nombre d'enfants / Age(s)	Taille	Poids
Date de Naissance	Occupation	
Contact en cas d'urgence	Lien et Téléphone	
Médecin de famille	Coordonnées	

Veuillez prendre connaissance des clauses ci-dessous et apposer votre signature au bas de la page.

Consentement

En tant que parent ou gardien, j'accepte que mon enfant, âgé de 14 ans ou moins, soit suivi par un naturopathe. Je reconnais que les clauses ci-dessous sont applicables.

Parent ou gardien (en lettres moulées)

Dossier multidisciplinaire

J'accepte que mon dossier soit suivi par plusieurs thérapeutes. Oui Non

Décharge

Je reconnais que les plans alimentaires sont des outils pour améliorer ma vitalité et mon bien-être. Toutes les suggestions ne sont pas dans le but de guérir une maladie quelconque, donc, aucun diagnostic ni traitement ne seront faits. Je suis entièrement responsable des informations fournies aux naturopathes concernant ma santé.

Signature

Date

1. Quelle est la raison de la consultation ? _____

2. Quelles sont vos attentes ? _____

3. Avez-vous consulté un médecin à ce sujet ? Oui Non

Quel diagnostic avez-vous eu ? _____

4. Quels sont les médicaments sous ordonnance et en vente libre que vous consommez présentement ?

Nom des médicaments	Depuis quand ?	Posologie	Raison

5. Décrivez les suppléments (minéraux, vitamines, plantes ...) que vous consommez présentement ?

Nom	Marque	Depuis quand ?	Posologie

6. Quels types de traitements avez-vous entrepris pour améliorer votre état de santé?

Chiropratique Ostéopathie Massothérapie Modification de l'alimentation Jeûne

Suppléments Homéopathie Acupuncture Autres _____

7. Quels sont vos antécédents familiaux ?

Paternel: _____

Maternel: _____

8. Avez-vous fait un usage fréquent ou prolongé d'antibiotiques ? Oui Non

A quel moment et environ combien de fois ?

Bébé _____ Enfant _____ Adulte _____

9. Avez-vous déjà fait un usage prolongé d'anti-inflammatoire non stéroïdien ? Oui Non

A quel moment et pour quel raison ? _____

Évaluation des inconforts

Veillez cocher le symbole approprié. Avez-vous eu (○) ou avez-vous (□) actuellement les inconforts suivants :

Digestif		Musculosquelettique	Peau
<input type="checkbox"/> Difficulté à digérer en général	<input type="checkbox"/> Moins d'une selle par jour	<input type="checkbox"/> Douleurs/raideurs articulaires	<input type="checkbox"/> Ongles mous, cassants
<input type="checkbox"/> Difficulté à digérer les protéines	<input type="checkbox"/> Une selle par jour, rarement plus	Précisez où:	<input type="checkbox"/> Cheveux gras
<input type="checkbox"/> Difficulté à digérer les gras	<input type="checkbox"/> Plus d'une selle par jour	<input type="checkbox"/> Douleurs/raideurs musculaires	<input type="checkbox"/> Cheveux secs
<input type="checkbox"/> Difficulté à digérer les amidons et sucres	<input type="checkbox"/> Selles douloureuses et difficiles	Précisez où:	<input type="checkbox"/> Perte de cheveux
<input type="checkbox"/> Douleurs ou brûlures dans l'œsophage	<input type="checkbox"/> Selles dures en forme de billes	<input type="checkbox"/> Autres troubles musculaires	<input type="checkbox"/> Points noirs, points blancs ou boutons
<input type="checkbox"/> Éructations (rots)	<input type="checkbox"/> Selles molles	Précisez:	<input type="checkbox"/> Peau grasse
<input type="checkbox"/> Digestion rapide/faim rapide	<input type="checkbox"/> Selles liquides et explosives	<input type="checkbox"/> Spasmes/Crampes musculaires	<input type="checkbox"/> Éruptions cutanées
<input type="checkbox"/> La faim cause des faiblesses ou étourdissements	<input type="checkbox"/> Alternance de selles dures et molles/liquides	<input type="checkbox"/> Douleur au dos ou au cou	<input type="checkbox"/> Plaque de peau sèche, écailleuse, rouge
<input type="checkbox"/> Besoin de grignoter	<input type="checkbox"/> Selles qui flottent dans la cuve	Précisez où:	<input type="checkbox"/> Démangeaison de la peau
<input type="checkbox"/> Mange compulsivement ou beaucoup	<input type="checkbox"/> Mucus dans les selles	<input type="checkbox"/> Douleur aggravée par l'humidité	<input type="checkbox"/> Sudation excessive
<input type="checkbox"/> Rage de certains aliments	<input type="checkbox"/> Présence d'aliments non-digérés dans les selles	<input type="checkbox"/> Doigts enflés et douloureux le matin	<input type="checkbox"/> Odeur corporelle prononcée
<input type="checkbox"/> Évite de manger pour ne pas prendre du poids	<input type="checkbox"/> Selles pâles	<input type="checkbox"/> Engourdissement/perte de sensibilité	<input type="checkbox"/> Cicatrisation lente
<input type="checkbox"/> Perte d'appétit	<input type="checkbox"/> Selles noires ou très foncées	<input type="checkbox"/> Autres:	<input type="checkbox"/> Sueurs nocturnes
<input type="checkbox"/> Nausée/vomissements	<input type="checkbox"/> Présence de rouge clair dans les selles		<input type="checkbox"/> Autres:
<input type="checkbox"/> Fatigue ou somnolence après avoir mangé	<input type="checkbox"/> Selles nauséabondes		
<input type="checkbox"/> Ballonnements, gaz, flatulences	<input type="checkbox"/> Démangeaison à l'anus, sensation de brûlure		
<input type="checkbox"/> Douleurs au ventre	<input type="checkbox"/> Autres:		

Veillez cocher le symbole approprié. Avez-vous eu (○) ou avez-vous (□) actuellement les inconforts suivants :

Reins-Génital	Oreilles, nez, gorge	Mental	Immunité
<input type="checkbox"/> Douleur à la miction <input type="checkbox"/> Douleurs aiguës aux reins ou à la vessie <input type="checkbox"/> Teinte rosée dans les urines <input type="checkbox"/> Urine fréquente <input type="checkbox"/> Urine nocturne <input type="checkbox"/> Urine abondante <input type="checkbox"/> Urine involontaire (incontinence) <input type="checkbox"/> Baisse ou perte du désir sexuel <input type="checkbox"/> Menstruations abondantes et prolongées <input type="checkbox"/> Menstruations douloureuses <input type="checkbox"/> Menstruations irrégulières <input type="checkbox"/> Saignements entre des règles <input type="checkbox"/> Absence de menstruations (autre que ménopause) <input type="checkbox"/> Pertes vaginales abondantes (blanches) <input type="checkbox"/> Pertes vaginales nauséabondes et purulentes <input type="checkbox"/> Saignement pendant les relations sexuelles <input type="checkbox"/> SPM physique (seins douloureux, bas ventre, enflure...) <input type="checkbox"/> SPM psychique (irritabilité, pleurs, etc.) <input type="checkbox"/> Pilule contraceptive <input type="checkbox"/> Stérilet hormonal <input type="checkbox"/> Ménopause inconforts physiques <input type="checkbox"/> Ménopause inconforts psychique <input type="checkbox"/> Troubles de la prostate <input type="checkbox"/> Difficulté à uriner, jets par intermittence <input type="checkbox"/> Écoulements laiteux, jaunâtre ou verdâtre par l'urètre <input type="checkbox"/> Autres:	<input type="checkbox"/> Essoufflement <input type="checkbox"/> Difficulté à inspirer <input type="checkbox"/> Mucus dans les voies respiratoires <input type="checkbox"/> Inflammation des sinus <input type="checkbox"/> Tendance aux rhumes ou gripes <input type="checkbox"/> Tendance aux infections (bronchite, pneumonie) <input type="checkbox"/> Écoulement nasal liquide <input type="checkbox"/> Écoulement nasal coloré (purulent) <input type="checkbox"/> Nez toujours bouché <input type="checkbox"/> Éternuement <input type="checkbox"/> Toux chronique <input type="checkbox"/> Douleurs à la gorge <input type="checkbox"/> Mal d'oreille <input type="checkbox"/> Rhume des foins <input type="checkbox"/> Vertiges, étourdissements <input type="checkbox"/> Mauvaise haleine <input type="checkbox"/> Gencives qui saignent facilement <input type="checkbox"/> Sujet aux caries dentaires <input type="checkbox"/> Asthme <input type="checkbox"/> Autres:	<input type="checkbox"/> Nervosité, agitation <input type="checkbox"/> Sentiment d'anxiété, peur <input type="checkbox"/> Incapacité à relaxer <input type="checkbox"/> Colère, irritabilité <input type="checkbox"/> Tristesse, sentiment de déprime <input type="checkbox"/> Grincement des dents la nuit <input type="checkbox"/> Difficulté concentration <input type="checkbox"/> Manque de mémoire <input type="checkbox"/> Manies, tics <input type="checkbox"/> Impatience dans les jambes/bras <input type="checkbox"/> Tremblement <input type="checkbox"/> Difficulté d'élocution <input type="checkbox"/> Autres:	<input type="checkbox"/> Allergies alimentaires connues <input type="checkbox"/> Allergies environnementales connues <input type="checkbox"/> Urticaire <input type="checkbox"/> Tendance à développer des infections Précisez : <input type="checkbox"/> Maladies auto-immunes diagnostiquées <input type="checkbox"/> Poussées herpétiques <input type="checkbox"/> Verrue <input type="checkbox"/> Autres:
			Général
			<input type="checkbox"/> Maux de tête fréquents <input type="checkbox"/> Maux de tête avec aura <input type="checkbox"/> Pieds et mains souvent froids <input type="checkbox"/> Frissonne facilement <input type="checkbox"/> Poids excessif <input type="checkbox"/> Poids insuffisant <input type="checkbox"/> Œdème des membres inférieurs <input type="checkbox"/> Œdème des membres supérieurs <input type="checkbox"/> Absence de soif <input type="checkbox"/> Grande soif <input type="checkbox"/> Autres:

10. Sommeil

À quelle heure vous couchez-vous? _____ À quelle heure vous levez-vous? _____
Sommeil non-régulier? Oui Non Difficulté à s'endormir? Oui Non
Réveils fréquents? Oui Non Non reposé au réveil? Oui Non
Prenez-vous des médicaments ou des suppléments pour dormir? Non Oui, spécifiez _____

11. Énergie

Sur une échelle de 1 à 10 (1 étant le plus bas), comment évaluez-vous votre énergie?
Le matin au réveil? /10 En avant-midi? /10 En après-midi? /10 En soirée? /10

12. Stress

Sur une échelle de 1 à 10, comment se situe votre niveau de stress? /10
Raisons principales du stress : _____
Croyez-vous que le stress affecte votre qualité de vie? Oui Non
Avez-vous des loisirs ou des passe-temps? _____
Êtes-vous ou avez-vous été suivi en psychothérapie ou relation d'aide? Si oui, spécifiez : _____
Avez-vous (ou votre famille) vécu une expérience majeure de changement dans votre vie (décès d'un proche, divorce...)?
 Non Oui Si oui expliquez: _____
Avez-vous déjà été diagnostiqué pour une dépression ou burnout? Non Oui, quand? _____
Avez-vous une bonne estime de vous-même? Non Oui

13. Consommation

Combien de consommations d'alcool buvez-vous, par semaine ou par mois? _____
Fumez-vous? Oui Non Si oui, à quelle fréquence et depuis combien de temps? _____
Avez-vous déjà fumé? Oui Non Si oui, combien d'années et quand avez-vous arrêté? _____
Êtes-vous régulièrement exposé à la fumée secondaire? Oui Non
Prenez-vous des drogues actuellement? Oui Non Si oui, de quels types? _____
À quelle fréquence et depuis combien d'années? _____
Avez-vous déjà fait usage de drogues? Non Oui Pendant combien d'années? _____

14. Activité physique

Faites-vous régulièrement de l'activité physique? Oui Non
Si oui, à quelle fréquence par semaine ou par mois? _____
Indiquer la durée et l'intensité (faible-moyenne-intense) : _____
Quel genre d'activité physique faites-vous? _____
Combien d'heures passez-vous en position assise, à tous les jours, en moyenne?
Plus de 8 h Entre 6 et 8 h Entre 4 et 6 h Moins de 4h

15. Alimentation

Suivez-vous une diète spéciale?
 Végétarienne Végétalienne Sans gluten Sans produits laitiers Faible en glucides
 Autres restrictions alimentaires (ex. en lien avec la religion)
Spécifier ou indiquer les raisons de votre choix : _____
Avez-vous des allergies ou intolérances alimentaires? Oui Non
Si oui, lesquelles? _____
Avez-vous des rages de certains aliments? Non Oui Si oui, lesquels et à quelle fréquence? _____
Combien de repas mangez-vous quotidiennement?
 1 repas par jour 2 repas par jour 3 repas par jour Plus de 3 repas par jour
Quel est le pourcentage de vos repas qui sont faits maison? Plus de 75% Entre 50 et 75% Moins de 50%
Les aliments que vous consommez sont plus la plupart du temps :
 Produits frais En conserve Surgelés Mets prêts à manger
Quel pourcentage de votre assiette est occupée par les légumes quotidiennement?
 50% et plus Entre 50 et 75% Moins de 50% Je ne mange pas de légumes à tous les jours
Quel type d'eau buvez-vous (robinet, eau de source en bouteille, filtre osmose...)? _____
Combien d'eau buvez-vous en moyenne par jour (ex : verres par jour)? _____
Quelles boissons buvez-vous, autre que l'eau (jus de fruits, lait, boisson végétale, tisane, thé, café, boissons gazeuses, ...)?
Quantité par jour ou par semaine : _____

Jour 1		
Réveil	Heure:	
Qualité du sommeil		/10
Repas du matin		Heure:
Ressenti/Sensation		
Collation		Heure:
Repas du midi		Heure:
Ressenti/Sensation		
Collation		Heure:
Repas du soir		Heure:
Ressenti/Sensation		
Coucher	Heure:	
Exercice	Type:	Durée:
Boissons	Eau: ___ verres	Autres: ___ verres
Niveau de stress	/10	
Événements spéciaux		

Jour 2		
Réveil	Heure:	
Qualité du sommeil		/10
Repas du matin		Heure:
Ressenti/Sensation		
Collation		Heure:
Repas du midi		Heure:
Ressenti/Sensation		
Collation		Heure:
Repas du soir		Heure:
Ressenti/Sensation		
Coucher	Heure:	
Exercice	Type:	Durée:
Boissons	Eau: ___ verres	Autres: ___ verres
Niveau de stress	/10	
Événements spéciaux		

** SVP Remplissez un journal alimentaire de 2 jours **