



Formalité d'accueil Ouverture de dossier

ATTESTATION PRÉALABLE À LA CONSULTATION

Le client atteste :

Nom

Prénom

Âge

Adresse

Tél. résidence

Tél. bureau

Référé par

Raison de la consultation

Le client est titulaire d'un plan
d'assurance collectif en naturopathie

Oui Non

Nom de la compagnie d'assurance

Adresse courriel

1. qu'il est venu de son gré requérir les services du naturopathe et qu'il n'a subi aucune pression de sa part;

2. qu'il est lui-même/elle-même responsable du vocabulaire médical qu'il utilise et qu'il ne peut nullement en imputer la responsabilité au naturopathe, même si ce dernier doit en reprendre les termes pour fins d'explication;

3. qu'il ne peut demander au naturopathe de poser un acte médical ou un diagnostic réservé aux praticiens de la médecine allopathique (comme par exemple prescrire des drogues pharmaceutiques), aux praticiens de la chiropratique et autres au sens du code des professions, ni qu'il ne peut non plus l'inciter à le faire;

4. qu'en aucun temps le naturopathe lui a suggéré de cesser sa médication allopathique;

5. qu'il s'est présenté sous son vrai nom, de bonne foi et pour nul autre motif que celui véritable de soins de naturopathie;

6. avoir donné des informations relatives à son dossier personnel. Suite à l'entrée en vigueur de la Loi 68, et à moins d'avis contraire de votre part, nous considérons que vous consentez ainsi à ce que nous consignions dans un dossier tous les renseignements que vous nous avez transmis ou nous transmettez, verbalement ou par écrit. Également, à moins d'avis contraire de votre part par lettre enregistrée, nous considérons que votre consentement sera valide pour une période de cinq (5) ans;

7. que tout reçu qui est émis par le thérapeute au client est émis strictement afin de reconnaître la réception par le thérapeute du paiement versé par le client pour les services rendus. L'utilisation de ce reçu par le client à quelle que fin que ce soit incluant, sans limitation, l'obtention d'un remboursement dudit paiement par toute personne, incluant une compagnie d'assurance, demeurera l'entière et l'exclusive responsabilité du client, le thérapeute n'effectuant aucune représentation quant à l'admissibilité ou la non-admissibilité du service reçu à pareille fin.

Le client reconnaît qu'il s'est présenté sous son vrai nom, de bonne foi et pour nul autre motif que celui véritable de soins de naturopathie.

Le client, par sa signature, atteste avoir pris connaissance des déclarations des articles pré-cités et de ne pas être en défaut en ce qui concerne leur contenu.

Signé à

Date (J / M / A)

Signature

Nom du client en lettre moulées



Bilan de santé

Renseignements personnels

Nom	Date première rencontre	
Prénom	J / M / A	
État civil	Enfants à charge (nombre(s))	Loisirs
Occupation	Âge	

Mensurations

Poids	Taille	Ossature
Couleur des yeux	Couleur des cheveux	<input type="radio"/> Fine <input type="radio"/> Moyenne <input type="radio"/> Grosse

But de la consultation

Maladie(s) mentionnée(s) par le client	Date dernière rencontre avec médecin
	J / M / A
Diagnostiquée par <input type="radio"/> Médecin <input type="radio"/> Autres :	
Nom du médecin traitant	

Facteurs déclenchants

Selon vous, vos problèmes ont débuté à la suite de :

Hérédité provenant du milieu familial

Maladies familiales principales	oui	non	âge

Père décédé

Mère décédée

Frères décédés

Soeurs décédées

Informations pharmaceutiques

Prenez-vous des médicaments prescrits par votre médecin ? <input type="radio"/> oui	Des contraceptifs oraux ? <input type="radio"/> Oui, lesquels?
Si oui, veuillez les énumérer :	
_____	<input type="radio"/> Stérilet <input type="radio"/> Prothèses <input type="radio"/> Orthèses
_____	Autres
_____	_____



Bilan de santé

Renseignements alimentaires

Quelles sont vos fréquences alimentaires ?
Les collations, sauf le soir, sont acceptables à condition que ce ne soit que pomme ou orange.

Déjeuner → Collation → Dinner → Collation → Souper → Collation

Salez-vous beaucoup ? Peu Beaucoup

Liquide Liqueurs Eau Café Thé Alcool Autres _____

Quel est votre mode de cuisson habituel ? Avec matière grasse Sans matière grasse

Appétit Peu Beaucoup

Utilisez-vous beaucoup de sucre et sucreries, pâtisseries incluses ? Oui Non

Renseignements additionnels sur la santé

Renseignements additionnels sur la santé

<input type="radio"/> Allergies	<input type="radio"/> Chute de cheveux	<input type="radio"/> Goutte	<input type="radio"/> Pancréatite
<input type="radio"/> Anémie	<input type="radio"/> Cancer	<input type="radio"/> Gripes (fréquentes)	<input type="radio"/> Phlébite
<input type="radio"/> Asthme	<input type="radio"/> Cystite	<input type="radio"/> Grossesse	<input type="radio"/> Phobies
<input type="radio"/> Acné, boutons, points noirs	<input type="radio"/> Démangeaisons	<input type="radio"/> Haute pression	<input type="radio"/> Pneumonie
<input type="radio"/> Angine	<input type="radio"/> Dépression	<input type="radio"/> Hernie (discale - intest.)	<input type="radio"/> Rhume
<input type="radio"/> Arthrite	<input type="radio"/> Dyspepsie	<input type="radio"/> Hypercholestérolémie	<input type="radio"/> Rhumatisme
<input type="radio"/> Athérosclérose	<input type="radio"/> Étourdissements	<input type="radio"/> Infarctus	<input type="radio"/> Sclérose
<input type="radio"/> Bourdonnements	<input type="radio"/> Eczéma	<input type="radio"/> Maux de gorge, ventre	<input type="radio"/> Sinusite
<input type="radio"/> Bronchite	<input type="radio"/> Épilepsie	<input type="radio"/> Mononucléose	<input type="radio"/> Triglycétide
<input type="radio"/> Burn out	<input type="radio"/> Frigidité (impuissance)	<input type="radio"/> MTS	<input type="radio"/> Ulcère d'estomac
<input type="radio"/> Bursite	<input type="radio"/> Gastrite (fièvre)	<input type="radio"/> Obésité	<input type="radio"/> Vertige
<input type="radio"/> Colonne (problèmes)	<input type="radio"/> Autres - svp expliquer _____	<input type="radio"/> Parkinson	<input type="radio"/> Vers

Pression artérielle

Haute

Basse

--	--	--	--	--	--



Bilan de santé

Évaluation physique - symptômes

Fonction circulatoire

- Crampes dans les jambes
- Extrémités froides
- Engourdissements
- Ecchymoses (bleus)
- Frilosité
- Essoufflement
- Varices
- Palpitations
- Cellulite
- Hémorroïdes

Fonction hépatique

- Opération de la vésicule biliaire
- Gros foie
- Calculs biliaires (pierres)
- Points dans le dos
- Excès de bile
- Nausées
- Vomissements
- Cirrhose
- Points noirs dans la vue
- Hépatite

Fonction intestinale

- Constipation (sans médicaments)

Si oui, fréquence des selles ____ par jour

- Colite
- Entérite

- Diarrhée
- Selles pâles
- Gaz

Depuis combien de temps souffrez-vous de ce problème ?

____ mois ____ année(s)

Évaluation nerveuse

- Migraines
- Fatigue
- Insomnie
- Épuisement
- Nervosité
- Rêves
- Dépression

Fonction rénale

- Fatigue matinale
- Enflure des yeux
- Engourdissement
- Enflure des pieds
- Enflure des mains
- Lourdeur aux reins
- Cernes sous les yeux
- Urine souvent la nuit
- Brûlement de la vessie
- Sang dans les urines

Fonction stomacale

- Digestion lente
- Ballonnements
- Crampes d'estomac
- Mauvaise haleine
- Gaz d'estomac
- Brûlements
- Vomissements
- Ulcère

Fonction ovarienne

- Menstruation irrégulières
- Infection vaginale
- Absence de menstruations
- Ménopause

Fonction thyroïdienne

Votre médecin a-t-il diagnostiqué un trouble du fonctionnement thyroïdien ?

- Oui
- Non

Dans l'ensemble, depuis combien de temps existent ces symptômes ? ____ mois ____ année(s)



ENGAGEMENT MUTUEL

Rendez-vous reporté ou annulé

Par respect de l'engagement mutuel à être présent au rendez-vous, advenant qu'un rendez-vous doive être reporté ou annulé, il est demandé d'aviser par téléphone au (514) 990-2699 (pas de textos, c'est une ligne fixe) au moins 48 heures ouvrables avant l'heure et la date prévue (congé le dimanche, donc 72 heures d'avance pour les rendez-vous du lundi).

Si ce délai n'est pas respecté, le client s'engage à payer en totalité le coût de la rencontre, ceci dans les 48 heures suivant le rendez-vous annulé ou reporté. Si ce délai était dépassé, des frais administratifs pourront s'appliquer.

Si vous ne pouvez vous rendre au rendez-vous au bureau à la dernière minute, il se tiendra par téléconsultation, soit par téléphone, Skype ou Messenger, Zoom, etc., selon les possibilités.

Advenant un retard de plus de 20 minutes et ce, sans avoir prévenu du retard par téléphone au 514-990-2699 (pas de textos, c'est une ligne fixe), il est à la discrétion du thérapeute d'attendre le client ou de quitter le bureau. Les frais de rendez-vous seront aussi demandés en entier le cas échéant.

J'accepte les termes ci-dessus : _____ (Signature svp.)

(Inscrire votre nom si rempli par ordinateur)