

# BILAN DE SANTÉ

(Naturopathie, naturothérapie)

mon  
réseau+

Association professionnelle  
des massothérapeutes spécialisés du Québec

<input type="checkbox"/> Mme	<input type="checkbox"/> M.	Nom : _____	Prénom : _____
Adresse : _____			
Ville : _____		Code postal : _____	
Tél : maison : _____ - _____ - _____		Bureau : _____ - _____ - _____	
Cellulaire : _____ - _____ - _____			
Date de naissance : _____ / _____ / _____		Occupation : _____	
Jour		Mois	
Année			

**Date de la première rencontre :** \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
Jour Mois Année

Avez-vous de l'assurance qui couvre la naturopathie ou naturothérapie ? Oui  Non

Raison de la consultation : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Le client reconnaît avoir lu et compris les paragraphes suivants :

- ▶ 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.
- ▶ Vous nous avez donné des informations personnelles relatives à votre dossier, nous respectons la loi 68 (Disposition à la loi sur la protection des renseignements personnels dans le secteur privé), à notre avis nous considérons que vous consentez ainsi à ce que nous consignions.
- ▶ Votre consentement sera valide pour une période de trois (3) ans.

Le (la) client(e) reconnaît qu'en aucun temps le thérapeute lui a suggéré de cesser sa médication allopathique.

Le (la) client(e) par sa signature, atteste avoir pris conscience des articles et de ne pas être en défaut en ce qui concerne leur contenu.

\_\_\_\_\_

Nom du client en lettres moulées

Signature \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_

## HABITUDES ALIMENTAIRES

- Déjeuner
- Collation A.M.
- Dîner
- Collation P.M.
- Souper
- Collation soir

## BREUVAGES

- Café
- Thé
- Tisane
- Alcool
- Eau
- Jus
- Boissons gazeuses
- Autres

## ALIMENTS

- Sucrés
- Salés
- Prenez-vous des contraceptifs oraux?
- Vitamines ou minéraux?
- Sans matières grasses
- Avec matières grasses
- Médicaments chimiques?
- Cigarettes

---

## PROBLÉMATIQUE SELON LES SYSTÈMES DU CORPS HUMAIN

### DIGESTIF

- Digestion lente
- Digestion rapide
- Ballonnements
- Vomissements
- Crampes d'estomac
- Mauvaise haleine
- Ulcères d'estomac
- Brûlements d'estomac

### REPRODUCTEUR

- Menstruations régulières
- Menstruations irrégulières
- Absences de menstruations
- Infections vaginales
- Troubles de la prostate

### THYROÏDIEN

- Hypothyroïdie
- Hyperthyroïdie

### NERVEUX

- Fatigue
- Insomnie
- Épuisement
- Nervosité
- Dépression
- Maux de tête
- Ménopause

### HÉPATIQUE

- Point dans le dos
- Vomissement
- Point noir dans la vue
- Calculs biliaires
- Nausée
- Opération de la vésicule biliaire

### INTESTINAL

- Constipation  
Fréquences \_\_\_\_\_
- Diarrhée  
Fréquences \_\_\_\_\_

## RÉNAL

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

## CIRCULATOIRE

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

## RENSEIGNEMENTS SUPPLÉMENTAIRES

- |   |                                    |   |                                      |                                      |   |
|---|------------------------------------|---|--------------------------------------|--------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> Fièvre                 | <input type="checkbox"/> Parkinson | <input type="checkbox"/> Anémie           | <input type="checkbox"/> Cholestérol | <input type="checkbox"/> Phlébite    | <input type="checkbox"/> Vertige        |
| <input type="checkbox"/> Asthme                 | <input type="checkbox"/> Sinusite  | <input type="checkbox"/> Bourdonnement    | <input type="checkbox"/> Cancer      | <input type="checkbox"/> Pancréatite | <input type="checkbox"/> Étourdissement |
| <input type="checkbox"/> Grippe                 | <input type="checkbox"/> Cystite   | <input type="checkbox"/> Chute de cheveux | <input type="checkbox"/> Rhume       | <input type="checkbox"/> Dyspepsie   | <input type="checkbox"/> Démangeaisons  |
| <input type="checkbox"/> Arthrite               | <input type="checkbox"/> Eczéma    | <input type="checkbox"/> Épilepsie        | <input type="checkbox"/> Gastrite    | <input type="checkbox"/> Bronchite   | <input type="checkbox"/> Rhumatisme     |
| <input type="checkbox"/> Obésité                | <input type="checkbox"/> Bursite   | <input type="checkbox"/> Pneumonie        | <input type="checkbox"/> Vers        | <input type="checkbox"/> Tendinite   | <input type="checkbox"/> Mononucléose   |
| <input type="checkbox"/> Maux de gorge          | <input type="checkbox"/> M.S.T.    | <input type="checkbox"/> Maux de ventre   | <input type="checkbox"/> Angine      | <input type="checkbox"/> Infarctus   | <input type="checkbox"/> Allergies      |
| <input type="checkbox"/> Colonne<br>(problèmes) |                                    |   |                                      |                                      |   |

Tour de taille : \_\_\_\_\_

Poids : \_\_\_\_\_ livres      Grandeur : \_\_\_\_\_ pieds \_\_\_\_\_ pouces

Ossature :       Fine       Moyenne       Grosse

Loisirs : \_\_\_\_\_

Opération :     Oui       Non      Date : \_\_\_\_\_

Quelle(s) opération(s)? \_\_\_\_\_

# Suivi du client

Nom : \_\_\_\_\_

Date : \_\_\_\_\_

Commentaires/constatations : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Résumé de la problématique \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Soin prodigué : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Date : \_\_\_\_\_

Commentaires/constatations : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Résumé de la problématique \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Soin prodigué : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Date : \_\_\_\_\_

Commentaires/constatations : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Résumé de la problématique \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Soin prodigué : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Date : \_\_\_\_\_

Commentaires/constatations : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Résumé de la problématique \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Soin prodigué : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_