



Attestation préalable à la consultation

- 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 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 pas exemple prescrire des drogues pharmaceutiques), aux praticiens de la chiropratique et autres sens du Code des professions, ni qu'il ne peut non plus l'inciter à le faire;
- ④ Qu'en aucun temps le naturopathe ne 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 recommandée, 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 se 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 précités et de ne pas être en défaut en ce qui concerne leur contenu.

Signature

RENSEIGNEMENTS PERSONNELS

Nom _____ Prénom _____ Âge _____

Adresse/Ville _____

Téléphone _____ Courriel _____

État civil _____ Enfants à charge (nombre) _____

Date de la première rencontre _____ Référé par _____

Titulaire d'un plan d'assurance collectif en naturopathie ou de la mutuelle Asetys Oui Non

Nom de la compagnie d'assurance _____



BUT DE LA CONSULTATION

Raison de la consultation

Date de la dernière rencontre avec un médecin

Maladie(s) mentionnées par le client

Diagnostiqué par un ?

Médecin

Autre professionnelle de la santé

FACTEURS DÉCLENCHEURS

Selon vous, vos problèmes ont débutés à la suite de...

HÉRÉDITÉ PROVENANT DU MILIEU FAMILIAL

Père décédé

Oui Non

Âge du père,
si décédé

Mère décédé

Oui Non

Âge de la mère,
si décédée

Frère(s) décédé(s)

Oui Non

Âge du(des) frère(s),
si décédé(s)

Soeur(s) décédé(s)

Oui Non

Âge de la(des) soeur(s),
si décédée(s)

Maladies familiales principales...

INFORMATIONS PHARMACEUTIQUES

Prenez-vous des médicaments prescrits
par votre médecin ?

Oui Non

Si oui, veuillez les énumérer...

savez-vous quels sont les effets secondaires
possible de vos médicaments ?

Oui Non

Si oui, lesquels ?

Stérilet

Prothèses

Orthèses

Autres



AUTRE INFORMATIONS

Parents divorcés ?

Oui Non

Si oui, vous aviez quel âge ? _____

Votre rang dans la famille _____

Nombre de frère, sœur/demi-frère,-sœur _____

Quelles sont vos croyances spirituelle ?

Quel est le meilleur endroit pour vous reposer ?

Avez-vous déjà été hypnotisé ?

Oui Non

Est-ce que cela vous fait peur ?

Oui Non

Avez-vous déjà vu quelqu'un se faire hypnotiser ?

Oui Non

Que pensez-vous de l'hypnose ?

Êtes-vous suivi par un psychothérapeute ?

Oui Non

Si oui, depuis quand ? _____

L'avez-vous mis au courant de cette démarche ?

Oui Non

Que faites-vous comme travail ?

Quelles sont vos loisirs ?

Avez-vous des phobies, des allergies ou des situations qui vous rendent mal à l'aise ?

Oui Non

Si oui, laquelle ou lesquelles ?

Comment croyez-vous vous sentir sous hypnose



RENSEIGNEMENTS ADDITIONNELS SUR LA SANTÉ

Allergies	Dispepsie	Obésité
Anémie	Étourdissements	Parkinson
Asthme	Eczéma	Pancréatite
Acné, boutons, points noirs	Épilepsie	Phlébite
Angine	Frigidité (impuissance)	Phobies
Athérosclérose	Gastrite (fièvre)	Pneumonie
Bourdonnements	Goutte	Rhume
Bronchite	Gripes (fréquentes)	Rhumatisme
Burn out	Grossesse	Sclérose
Bursite	Haute pression	Sinusite
Colonne (problèmes)	Hernie (discale/intestinale)	Triglycéride
Chute de cheveux	Hypercholestérolémie	Ulcère d'estomac
Cancer	Infarctus	Vertige
Cystite	Maux de gorge, ventre	Vers
Démangeaisons	Mononucléose	
Dépression	MTS	

ÉVALUATION PHYSIQUE - SYMPTÔMES

Fonction circulatoire

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

Fonction hépatique

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

Fonction intestinale

Colite
Entérite
Diarrhée
Selles pâles
Gaz
Constipation



RENSEIGNEMENTS ADDITIONNELS SUR LA SANTÉ (suite)

Évaluation nerveuse

Crampes dans les jambes
Migraine
Insomnie
Nervosité
Rêves
Dépression
Fatigue
Épuisement

Fonction rénale

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

Fonction stomacale

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

Fonction ovarienne

Menstruations irrégulières
Absence de menstruations
Infection vaginale
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? _____

Y'A-T-IL AUTRE CHOSE QUE JE DEVRAIS SAVOIR ?

Michelle Roy

C (450) 502 0747
1143, rue St-Jean-Baptiste,
St-Roch-de-Richelieu (Qc) J0L 2M0

info@michelleroy.ca
www.michelleroy.ca

www.linkedin.com/in/roymichelle
www.facebook.com/michelleroy.ca