

# Bilan de santé

## RENSEIGNEMENTS GÉNÉRAUX

Date : _____	Sexe : <input type="checkbox"/> Masculin <input type="checkbox"/> Féminin
Nom : _____	Prénom : _____
Date de naissance : _____	Adresse : _____
Ville : _____	Code postal : _____
Tél. rés. : _____	Tél. bur. : _____
Occupation : _____	
Référé par : _____	
E-Mail pour promotion: _____	

## CARACTÉRISTIQUES PHYSIQUES

Poids : _____	Taille : _____
Ossature : <input type="checkbox"/> Fine <input type="checkbox"/> Moyenne <input type="checkbox"/> Forte	
Appétit : <input type="checkbox"/> Peu <input type="checkbox"/> Moyen <input type="checkbox"/> Beaucoup	
Quelles sont les consommations journalières en :	
Eau : _____ Thé : _____ Café : _____ Liqueur : _____ Autres : _____	
Quelle est l'utilisation du <i>sel</i> fait quotidiennement ?	
<input type="checkbox"/> Beaucoup <input type="checkbox"/> Moyen <input type="checkbox"/> Peu <input type="checkbox"/> Pas du tout	
Quelle est l'utilisation du <i>sucre</i> fait quotidiennement ?	
<input type="checkbox"/> Beaucoup <input type="checkbox"/> Moyen <input type="checkbox"/> Peu <input type="checkbox"/> Pas du tout	
Quel est le mode de cuisson des aliments (matières grasses) ?	
<input type="checkbox"/> Beaucoup <input type="checkbox"/> Moyen <input type="checkbox"/> Peu <input type="checkbox"/> Pas du tout	

## RENSEIGNEMENTS SUPPLÉMENTAIRES

Avez-vous déjà reçu des soins en institut ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
Quels sont-ils ? <input type="checkbox"/> Ostéopathie <input type="checkbox"/> Physiothérapie <input type="checkbox"/> Chiropractie <input type="checkbox"/> Acupuncture	
<input type="checkbox"/> Kinésithérapie <input type="checkbox"/> Massothérapie <input type="checkbox"/> Reiki <input type="checkbox"/> Naturopatie	
<input type="checkbox"/> Réflexologie <input type="checkbox"/> Drainage lymphatique <input type="checkbox"/> Orthothérapie	
Si oui, quelles en étaient les fréquences ? _____	
Quels en ont été les résultats ? <input type="checkbox"/> Mauvais <input type="checkbox"/> Bon <input type="checkbox"/> Excellent	

## Bilan de santé (suite)

Quels sont les besoins exprimés par le patient (e) ? \_\_\_\_\_

Est-ce dû à une chute ou à un accident? \_\_\_\_\_

### ANTÉCÉDENTS MÉDICAUX

Prenez-vous des contraceptifs oraux ?  Oui  Non Êtes-vous enceinte ?  Oui  Non

Prenez-vous des médicaments ?  Oui  Non Allaitement ?  Oui  Non

Si oui, pouvez-vous les nommer ? \_\_\_\_\_

Êtes-vous allergique à certains médicaments? \_\_\_\_\_

**Avez-vous déjà souffert, ou souffrez-vous, d'un ou plusieurs problèmes reliés aux systèmes suivants :**

#### **1-Le système squelettique ? (cochez)**

- Problèmes à la colonne  Raideurs des articulations  Arthrite  
 Ostéoporose  Fractures répétées  Rhumatismes  Autres

#### **2-Le système musculaire ? (cochez)**

- Faiblesse des ligaments, entorses fréquentes  Crampes musculaires  Bursite  
 Douleurs dorsales, cervicales et lombaires  Tendinite  Autres

#### **3-Le système nerveux ? (cochez)**

- Yeux sensibles à la lumière  Tension nerveuse  Émotions  
 Épilepsie  Migraines  Fatigue  
 Crampes d'estomac et «papillons»  Étourdissements  Autres  
 Douleurs névralgiques

#### **4-Le système endocrinien ? (cochez)**

- Glande thyroïde  Émotivité / Dépression  Hypoglycémie  
 Amaigrissement  Fringale  Somnolence  
 Vomissements  Diabète  Impuissance  
 Stérilité  Fatigue chronique  Règles irrégulières  
 Irritabilité avant les repas  Troubles de la prostate  Urine difficilement

## Bilan de santé (suite)

- |   |  |   |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Crainte de l'effort                              | <input type="checkbox"/> Intolérance à la chaleur                  | <input type="checkbox"/> Appétit excessif |
| <input type="checkbox"/> Café et sucre durant l'après-midi                | <input type="checkbox"/> Hyper nervosité                           | <input type="checkbox"/> Sueurs nocturnes |
| <input type="checkbox"/> Ralentissement intellectuel                      | <input type="checkbox"/> Faiblesse si le repas est servi plus tard |   |
| <input type="checkbox"/> Menstruation douloureuse, abondante et prolongée | <input type="checkbox"/> Autres                                    |   |

### 5-Le système circulatoire ? (cochez)

- |   |   |  |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Crampes aux jambes                           | <input type="checkbox"/> Engourdissement                              | <input type="checkbox"/> Varices               |
| <input type="checkbox"/> Trajet de veines bleutées                    | <input type="checkbox"/> Phlébites                                    | <input type="checkbox"/> Sensibilité au froid  |
| <input type="checkbox"/> Hypotension                                  | <input type="checkbox"/> Enflures                                     | <input type="checkbox"/> Douleur à la poitrine |
| <input type="checkbox"/> Taux de cholestérol élevé                    | <input type="checkbox"/> Hypertension                                 | <input type="checkbox"/> Pouls lent            |
| <input type="checkbox"/> Sensibilité au chaud                         | <input type="checkbox"/> Éclatement de petits capillaires             | <input type="checkbox"/> Hémorroïdes           |
| <input type="checkbox"/> Lourdeurs en fin de journée                  | <input type="checkbox"/> Marbrures aux jambes ou bras                 | <input type="checkbox"/> Souffle au cœur       |
| <input type="checkbox"/> Battements cardiaques irréguliers            | <input type="checkbox"/> Artériosclérose                              |  |
| <input type="checkbox"/> Extrémités froides (mains et pieds)          | <input type="checkbox"/> Battements cardiaques frénétiques ou rapides |  |
| <input type="checkbox"/> Bruits dans la tête et tintements d'oreilles | <input type="checkbox"/> Autres                                       |  |

### 6-Le système respiratoire ? (cochez)

- |   |  |  |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Essoufflement                | <input type="checkbox"/> Respiration difficile                       | <input type="checkbox"/> Soupirs fréquents |
| <input type="checkbox"/> Asthme, bronchite            | <input type="checkbox"/> Nez bouché                                  | <input type="checkbox"/> Éternuements      |
| <input type="checkbox"/> Problèmes de sinus           | <input type="checkbox"/> Fièvre des foins                            | <input type="checkbox"/> Toux chronique    |
| <input type="checkbox"/> Formation excessive de mucus | <input type="checkbox"/> Maux de gorge, perte de la voix, enrouement |  |
| <input type="checkbox"/> Étouffe facilement           | <input type="checkbox"/> Respiration irrégulière                     | <input type="checkbox"/> Pneumonie         |
| <input type="checkbox"/> Sujet aux rhumes             | <input type="checkbox"/> Infections respiratoires                    | <input type="checkbox"/> Autres            |
| <input type="checkbox"/> Allergies                    |  |  |

### 7-Le système digestif ? (cochez)

- |  |  |                                       |
|--|--|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Nausée ou vomissement     | <input type="checkbox"/> Diarrhée                | <input type="checkbox"/> Rots, gaz    |
| <input type="checkbox"/> Sensation d'être ballonné | <input type="checkbox"/> Brûlements d'estomac    | <input type="checkbox"/> Constipation |
| <input type="checkbox"/> Ulcères                   | <input type="checkbox"/> Troubles de digestion   | <input type="checkbox"/> Colite       |
| <input type="checkbox"/> Digestion trop rapide     | <input type="checkbox"/> Vomissements fréquents  | <input type="checkbox"/> Colique      |
| <input type="checkbox"/> Peu ou pas d'appétit      | <input type="checkbox"/> Mauvaise haleine        | <input type="checkbox"/> Maigreur     |
| <input type="checkbox"/> Problème de foie          | <input type="checkbox"/> Intolérance alimentaire | <input type="checkbox"/> Autres       |

## Bilan de santé (suite)

### LE SOMMEIL

Quelle est la qualité de votre **sommeil** ? Avez-vous déjà souffert, ou souffrez-vous toujours de troubles du sommeil comme :

- Insomnie     Rêves, cauchemars     Sommeil difficile     Difficulté à trouver le sommeil

Par nuit, dormez-vous :

- Moins de 5 heures                       Entre 5 et 8 heures                       8 heures et plus

Prenez-vous beaucoup de temps à vous endormir ?

- Moins de 5 min                       Entre 5 et 15 min                       Plus de 15 min

Est-ce que votre sommeil est réparateur, vous sentez-vous reposé en vous éveillant le matin ?

- Oui                       Non

Si vous avez coché une ou plusieurs des cases des systèmes décrits dans les pages précédentes, pouvez-vous expliquer les troubles dont vous avez souffert ou souffrez toujours ? \_\_\_\_\_

---

---

---

### L'ACTIVITÉ PHYSIQUE

Quelle (s) est (sont) la (les) activités (s) physique (s) que vous pratiquez régulièrement (tous les jours, plusieurs fois par semaine) ? \_\_\_\_\_

---

Combien d'heures, par semaine, faites-vous de l'activité physique ?

- Moins de 2 heures                       Entre 2 et 5 heures                       Plus de 5 heures

À quel niveau évaluez-vous votre condition physique actuelle ?

- Médiocre     Faible                       Passable     Moyenne     Bonne

- Très bonne     Excellente

Est-ce que votre condition physique ou votre santé vous empêche de faire certains exercices ou activités ?     Oui                       Non

Si oui, quelles activités devez-vous éviter ? \_\_\_\_\_

---

Est-ce que votre travail vous porte à bouger ?     Oui                       Non

Si oui, quelles sortes de mouvements y effectuez-vous ?

- Violents et brusques                       Répétitifs                       Bouge très peu

