

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>sucré</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"/> Maigreux |
| <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

