

FICHE D'IDENTIFICATION ID FORM

Date d'ouverture / <i>Opening Date:</i>		Dossier / <i>File #</i>			
Nom de famille / <i>Maiden Name:</i>		Prénom / <i>First Name:</i>		Date de naissance / <i>Date of Birth:</i>	
Autre nom de famille / <i>Other Family Name:</i>		Sexe / <i>Sex:</i>	Langue:	Nom complet de la mère / <i>Mother's Complete Maiden Name:</i>	
Adresse / <i>Address:</i>			Ville / <i>City:</i>	Province:	Code Postal / <i>Postal Code:</i>
Pays / <i>Country:</i>		Téléphone (maison) / <i>Telephone (Home):</i>		Téléphone (travail) / <i>Telephone (Work):</i>	
Cellulaire / <i>Cellular:</i>		Télocopieur / <i>Facsimile:</i>	Courriel / <i>Email:</i>		
Contact et informations en cas d'urgence / <i>Emergency Contact Information:</i>				Lien / <i>Link:</i>	
Occupation:					
Docteur de famille / <i>Family Doctor:</i>			Référé par / <i>Referred by:</i>		

**Veillez prendre connaissance des clauses ci-dessous et apposer votre signature au bas de la page.
Please read the following clauses and sign at the bottom of the page.**

Consentement / Consent

En tant que parent ou gardien, j'accepte que mon enfant, âgé de 14 ans et moins, soit traité par un naturopathe agréé. Je reconnais que les clauses ci-dessous sont applicables.

As parent or guardian, I agree that my child, aged of 14 years old and younger, be treated by an accredited naturopath. I acknowledge that the clauses mentioned below are applicable.

Parent ou gardien (en lettres moulées) / *Parent or Guardian (in bloc letters)*

Dossier multi-disciplinaire / Multi-Discipline Chart

J'accepte que mon dossier soit suivi par plusieurs thérapeutes.

I accept that my chart may be followed by more than one therapist.

Oui / *Yes*

Non / *No*

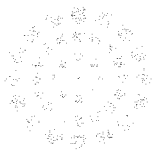
Décharge / Discharge

Je reconnais que les programmes d'alimentothérapie et/ou les plans alimentaires sont des outils pour améliorer ma physiologie et/ou ma biochimie corporelle. Toutes les recommandations ne sont pas dans le but de guérir une maladie quelconque, donc, aucun diagnostic ne sera établi. Je suis entièrement responsable des informations fournies aux naturopathes agréés concernant ma santé. Les suppléments ne sont pas remboursables.

I acknowledge that all given food therapy programs and/or food plans are tools to improve my physiology and/or my body biochemistry. Recommendations are not given in order to heal any type of disease, therefore, no diagnosis will be established. Any information given to the accredited naturopaths regarding my health is of my sole responsibility. Any purchased supplements are not refundable.

Signature

Date



ANAQ

ASSOCIATION DES NATUROPATHES
AGRÉÉS DU QUÉBEC

Date d'ouverture de dossier: _____
JJ / MM / AA

Dossier #: _____

HISTORIQUE DE SANTÉ

Nom: _____

Date de naissance: _____
JJ / MM / AA

1. Classer les problèmes existants par priorité et remplir les autres cases au meilleur de votre connaissance.

Description du problème	Niveau	Traitement	Résultat
Ex.: Écoulement nasal	Modéré	Diète éliminatoire	Modéré

2. Avec qui habitez-vous?

Enfants, combien? _____ Co-locataire Conjoint Parents

3. Avez-vous des animaux domestiques ou de ferme? Oui Non

Si oui, où vivent-ils? Intérieur Extérieur Les deux

4. Avez-vous vécu ou voyagé à l'extérieur du Canada? Oui Non

Si oui, quand et où? _____

5. Avez-vous (ou votre famille) vécu une expérience majeure de changement dans votre vie (décès, divorce)? Oui Non

Si oui, expliquez. _____

6. Avez-vous des ALLERGIES? Précisez. _____

7. Avez-vous des restrictions alimentaires en relation avec votre religion? Oui Non

8. Antécédents de santé familiaux: Père: _____
 Mère: _____
 Frères / sœurs: _____

9. Emploi actuel: _____
Emplois précédents: _____

10. Historique médical et chirurgical.

Maladies

- Anémie
- Apnée du sommeil

Quand	Commentaires

16. Décrivez les vitamines, minéraux et suppléments nutritionnels que vous prenez maintenant.

Noms (vitamines, minéraux, suppléments)	Depuis	Posologie

17. Période d'enfance.

Questions	Réponse	Commentaires
Êtes-vous un bébé né à terme?		
> Prématuré?		
> Allaité?		
> Nourri à la bouteille?		
Enfant, avez-vous mangé beaucoup de sucreries?		

18. À l'enfance, vous êtes-vous abstenu de certains aliments pour éviter des symptômes? Oui Non

Si oui, nommez les aliments concernés et les symptômes.

Ex.: Lait – flatulence et diarrhée

19. Pour chacun des symptômes ci-dessous, indiquez au besoin le niveau d'inconfort (1-bénin, 2-fréquent, 3-sérieux).

Symptômes reliés au système gastro-intestinal

- Baillement fréquent
- Calculs ou pierres à la vésicule biliaire (lithiases)
- Crampes à l'estomac
- Difficulté à digérer la viande, le fromage
- Difficulté à digérer les aliments acides (orange...)
- Difficulté à digérer les aliments gras
- Difficulté à digérer les crudités
- Digestion lente
- Douleur au foie (à droite)
- Fatigue après avoir mangé, goût de dormir
- Indigestion
- La faim cause des faiblesses ou des étourdissements
- Nausée fréquente
- Maux de tête après avoir mangé des aliments gras
- Perte d'appétit
- Sensation de lourdeur à l'estomac
- Sensation de brûlures à l'estomac qui disparaît après avoir mangé

- Colite, gastroentérite
- Constipation
- Alternance de constipation et diarrhée
- Diarrhée
- Démangeaison à l'anus, sensation de brûlure
- Digestion rapide, faim fréquente
- Gaz d'intestins, ballonnements
- Hémorroïdes
- Jaunisse
- Besoin de grignoter
- Selles douloureuses et difficiles
- Selles dures et en forme de billes
- Selles glaireuses
- Selles nauséabondes
- Selles noires ou très foncées
- Selles pâles
- Selles tantôt molles, tantôt liquides

Autres symptômes, précisez:

Symptômes reliés au système respiratoire (1-bénin, 2-fréquent, 3-sérieux)

- | | | |
|------------------------------------|----------------------------------------------------------|----------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Asthme | <input type="checkbox"/> Chat dans la gorge, enrrouement | <input type="checkbox"/> Écoulement nasal liquide |
| <input type="checkbox"/> Bronchite | <input type="checkbox"/> Essoufflement | <input type="checkbox"/> Écoulement nasal purulent |
| <input type="checkbox"/> Rhume | <input type="checkbox"/> Mucus | <input type="checkbox"/> Nez toujours bouché |
| <input type="checkbox"/> Toux | <input type="checkbox"/> Sinusite | |

Autres symptômes, précisez:

Symptômes reliés au système cardio-vasculaire (1-bénin, 2-fréquent, 3-sérieux)

- | | |
|------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Angine (douleur thoracique) | <input type="checkbox"/> Hypotension artérielle |
| <input type="checkbox"/> Artériosclérose | <input type="checkbox"/> Palpitations cardiaques |
| <input type="checkbox"/> Cholestérol élevé | <input type="checkbox"/> Pieds et mains souvent froids |
| <input type="checkbox"/> Circulation lente | <input type="checkbox"/> Saignements fréquents du nez |
| <input type="checkbox"/> Enflure des chevilles, surtout le soir | <input type="checkbox"/> Serrement dans la poitrine ↑ lors d'exercices |
| <input type="checkbox"/> Engourdissement facile des pieds et des mains | <input type="checkbox"/> Triglycérides élevés |
| <input type="checkbox"/> Hypertension artérielle | <input type="checkbox"/> Varices, hémorroïdes |

Autres symptômes, précisez:

Symptômes reliés au système rénal (1-bénin, 2-fréquent, 3-sérieux)

- | | | |
|-------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------|--------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Infection rénale | <input type="checkbox"/> Pierres aux reins ou à la vessie | <input type="checkbox"/> Urine fréquemment |
| <input type="checkbox"/> Infection urinaire | <input type="checkbox"/> Sang dans l'urine | <input type="checkbox"/> Urine beaucoup |
| <input type="checkbox"/> Œdème des membres inférieurs | <input type="checkbox"/> Sensation de brûlure à la miction | |

Autres symptômes, précisez:

Symptômes reliés au système nerveux (1-bénin, 2-fréquent, 3-sérieux)

- | | | |
|------------------------------------------------------|----------------------------------------------------|-------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Anxiété | <input type="checkbox"/> Hypersensibilité au bruit | <input type="checkbox"/> Irritabilité excessive |
| <input type="checkbox"/> Dépression | <input type="checkbox"/> Impatiences / jambes | <input type="checkbox"/> Manque de mémoire |
| <input type="checkbox"/> Difficulté de concentration | <input type="checkbox"/> Insomnie | <input type="checkbox"/> Nervosité |

Autres symptômes, précisez:

Symptômes divers (1-bénin, 2-fréquent, 3-sérieux)

- | | |
|----------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Acné | <input type="checkbox"/> Peau écailleuse (kératose) |
| <input type="checkbox"/> Acouphènes | <input type="checkbox"/> Pellicules, excès de sébum (séborrhée) |
| <input type="checkbox"/> Anémie | <input type="checkbox"/> Perte de cheveux |
| <input type="checkbox"/> Arthrite | <input type="checkbox"/> Pied d'athlète |
| <input type="checkbox"/> Cicatrisation lente | <input type="checkbox"/> Psoriasis |
| <input type="checkbox"/> Dépigmentation de la peau (vitiligo) | <input type="checkbox"/> Raideur des articulations |
| <input type="checkbox"/> Difficulté à voir le soir | <input type="checkbox"/> Rhumatisme |
| <input type="checkbox"/> Difficulté à prendre du poids | <input type="checkbox"/> Sécheresse de la bouche, du nez, des yeux |
| <input type="checkbox"/> Difficulté à perdre du poids | <input type="checkbox"/> Sécheresse de la peau |
| <input type="checkbox"/> Doigts enflés et douloureux, le matin | <input type="checkbox"/> Tendinite, bursite |
| <input type="checkbox"/> Ecchymoses | <input type="checkbox"/> Troubles de l'ouïe |
| <input type="checkbox"/> Eczéma | <input type="checkbox"/> Ulcères dans la bouche |
| <input type="checkbox"/> Gencives qui saignent facilement | <input type="checkbox"/> Urticaire |
| <input type="checkbox"/> Mauvaise haleine | <input type="checkbox"/> Vertiges, étourdissements |
| <input type="checkbox"/> Migraines fréquentes | |

... **Symptômes divers (suite)**

Autres symptômes, précisez:

Symptômes reliés aux femmes (1-bénin, 2-fréquent, 3-sérieux)

- Absence de menstruations (aménorrhée)
- Baisse ou perte de l'appétit sexuel
- Bouffées de chaleur
- Menstruations abondantes et prolongées
- Menstruations douloureuses
- Menstruations irrégulières

- Pertes vaginales (pertes blanches)
- Pertes vaginales nauséabondes et purulentes
- Pilosité au visage
- SPM psychique (irritabilité, anxiété)
- SPM physique (seins douloureux, enflure)

Autres symptômes, précisez:

Symptômes reliés aux hommes (1-bénin, 2-fréquent, 3-sérieux)

- Baisse ou perte de l'appétit sexuel
- Urine souvent la nuit
- Érection douloureuse
- Hypertrophie bénigne de la prostate

- Impuissance
- Sensation d'évacuation incomplète de l'intestin
- Difficulté à uriner

Autres symptômes, précisez:

20. Cochez les aliments/boissons habituels pour chaque repas quotidien.

Déjeuner

- | | | | |
|-----------------------------------------------------|---------------------------------------|--------------------------------------------|---------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Aucun | <input type="checkbox"/> Céréales | <input type="checkbox"/> Substitut de lait | <input type="checkbox"/> Substitut de sucre |
| <input type="checkbox"/> Bacon/Saucisse | <input type="checkbox"/> Confitures | <input type="checkbox"/> Lait de vache | <input type="checkbox"/> Sucre |
| <input type="checkbox"/> Bagel | <input type="checkbox"/> Crème à café | <input type="checkbox"/> Margarine | <input type="checkbox"/> Thé |
| <input type="checkbox"/> Beigne | <input type="checkbox"/> Croissant | <input type="checkbox"/> Muffins | <input type="checkbox"/> Yogourt |
| <input type="checkbox"/> Beurre | <input type="checkbox"/> Eau | <input type="checkbox"/> Noix | <input type="checkbox"/> Autres: _____ |
| <input type="checkbox"/> Beurre noisette & chocolat | <input type="checkbox"/> Fruits | <input type="checkbox"/> Œufs | _____ |
| <input type="checkbox"/> Boisson gazeuse | <input type="checkbox"/> Gruau | <input type="checkbox"/> Pain grillé | _____ |
| <input type="checkbox"/> Café | <input type="checkbox"/> Jus | <input type="checkbox"/> Son de blé | _____ |

Dîner

- | | | | |
|-----------------------------------------------|------------------------------------------------|-----------------------------------------------|-----------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Aucun | <input type="checkbox"/> Jus | <input type="checkbox"/> Patate, carottes | <input type="checkbox"/> Salade de crudités |
| <input type="checkbox"/> Beurre | <input type="checkbox"/> Substitut de lait | <input type="checkbox"/> Pâtes | <input type="checkbox"/> Sandwich/charcuterie |
| <input type="checkbox"/> Boisson énergisante | <input type="checkbox"/> Lait de vache | <input type="checkbox"/> Pizza | <input type="checkbox"/> Soupe |
| <input type="checkbox"/> Boisson gazeuse | <input type="checkbox"/> Laitue | <input type="checkbox"/> Poisson | <input type="checkbox"/> Substitut de sucre |
| <input type="checkbox"/> Café | <input type="checkbox"/> Légumes jaunes, verts | <input type="checkbox"/> Poulet | <input type="checkbox"/> Thé |
| <input type="checkbox"/> Condiments (Ketchup) | <input type="checkbox"/> Légumineuses | <input type="checkbox"/> Réchauffé (restes) | <input type="checkbox"/> Tofu |
| <input type="checkbox"/> Dessert | <input type="checkbox"/> Margarine | <input type="checkbox"/> Repas à la cafétéria | <input type="checkbox"/> Tomate |
| <input type="checkbox"/> Eau | <input type="checkbox"/> Mayonnaise | <input type="checkbox"/> Repas au restaurant | <input type="checkbox"/> Viande rouge |
| <input type="checkbox"/> Frites | <input type="checkbox"/> Noix | <input type="checkbox"/> Repas congelés | <input type="checkbox"/> Vinaigrette |
| <input type="checkbox"/> Fromage | <input type="checkbox"/> Œufs | <input type="checkbox"/> Riz blanc | <input type="checkbox"/> Yogourt |
| <input type="checkbox"/> Fruits | <input type="checkbox"/> Œufs (quiche) | <input type="checkbox"/> Riz brun | <input type="checkbox"/> Autres: _____ |

... **Aliments/boissons quotidien (suite)**

Souper

- | | | | |
|-----------------------------------------------|------------------------------------------------|-----------------------------------------------|-----------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Aucun | <input type="checkbox"/> Jus | <input type="checkbox"/> Patate, carottes | <input type="checkbox"/> Salade de crudités |
| <input type="checkbox"/> Beurre | <input type="checkbox"/> Substitut de lait | <input type="checkbox"/> Pâtes | <input type="checkbox"/> Sandwich/charcuterie |
| <input type="checkbox"/> Boisson énergisante | <input type="checkbox"/> Lait de vache | <input type="checkbox"/> Pizza | <input type="checkbox"/> Soupe |
| <input type="checkbox"/> Boisson gazeuse | <input type="checkbox"/> Laitue | <input type="checkbox"/> Poisson | <input type="checkbox"/> Substitut de sucre |
| <input type="checkbox"/> Café | <input type="checkbox"/> Légumes jaunes, verts | <input type="checkbox"/> Poulet | <input type="checkbox"/> Thé |
| <input type="checkbox"/> Condiments (Ketchup) | <input type="checkbox"/> Légumineuses | <input type="checkbox"/> Réchauffé (restes) | <input type="checkbox"/> Tofu |
| <input type="checkbox"/> Dessert | <input type="checkbox"/> Margarine | <input type="checkbox"/> Repas à la cafétéria | <input type="checkbox"/> Tomate |
| <input type="checkbox"/> Eau | <input type="checkbox"/> Mayonnaise | <input type="checkbox"/> Repas au restaurant | <input type="checkbox"/> Viande rouge |
| <input type="checkbox"/> Frites | <input type="checkbox"/> Noix | <input type="checkbox"/> Repas congelés | <input type="checkbox"/> Vinaigrette |
| <input type="checkbox"/> Fromage | <input type="checkbox"/> Œufs | <input type="checkbox"/> Riz blanc | <input type="checkbox"/> Yogourt |
| <input type="checkbox"/> Fruits | <input type="checkbox"/> Œufs (quiche) | <input type="checkbox"/> Riz brun | <input type="checkbox"/> Autres: _____ |

21. Notez votre consommation quotidienne pour les aliments et breuvages suivants:

Aliments salés (croustilles) _____	Café décaféiné _____	Crème glacée _____
Boissons énergisantes _____	Chocolat _____	Friandises _____
Boissons gazeuses _____	Chocolat chaud _____	Thé _____
Café _____	Pain blanc (Croissant/bagel) _____	

22. Suivez-vous une diète spéciale? Oui Non

Si oui, indiquez laquelle.

- | | | |
|-------------------------------------|-----------------------------------------------|--------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Ovo-lacto | <input type="checkbox"/> Sans produit laitier | <input type="checkbox"/> Végétalienne |
| <input type="checkbox"/> Diabétique | <input type="checkbox"/> Végétarienne | <input type="checkbox"/> Autre, spécifiez: _____ |

23. Est-ce que nous devons ajouter d'autres informations spéciales à votre diète? Oui Non

Si oui, expliquez. _____

24. Sauter un repas amplifie-t-il des symptômes d'inconfort? Oui Non

25. Avez-vous des rages occasionnelles pour certains aliments? Oui Non

Si oui, lesquels? _____

26. Avez-vous du dégoût pour certains aliments? Oui Non

Si oui, lesquels? _____

27. Habitudes de sommeil:

À quelle heure vous couchez-vous? _____
À quelle heure vous levez-vous? _____
Réveils fréquents? Oui Non
Vous sentez-vous reposé au lever? Oui Non

28. Consommez-vous de l'alcool? Oui Combien? _____ Non

29. Avez-vous déjà fait usage de stupéfiants? Oui Non

30. *Fumez-vous?* Oui Non

Avez-vous déjà fumé? Oui Non

Pendant combien d'années? _____ *Arrêt en quelle année?* _____

Êtes-vous régulièrement exposé à la fumée secondaire? Oui Non

31. *Avez-vous des obturations (plombages)?* Oui Non

32. *Avez-vous des prothèses artificielles (hanches, genoux, seins)?* Oui Non

33. *Êtes-vous affecté par les changements de saisons?* Printemps Été Automne Hiver Non

34. *À votre connaissance, avez-vous été exposé à des métaux toxiques au travail ou au foyer?* Oui Non

Si oui, lesquels? Plomb Cadmium Arsenic Mercure Aluminium

35. *Est-ce que certaines odeurs affectent votre état de santé?* Oui Non

Si oui, lesquelles? _____

36. *Êtes-vous suivi ou avez-vous été suivi en psychothérapie ou counselling?* Oui Non

Commentaires: _____

37. *Loisirs.*

38. *Faites-vous régulièrement de l'exercice?* Oui Non

Si oui, combien de fois par semaine?

Combien de temps dure votre exercice?

Quel genre d'exercice faites-vous?

Jogging /marche Tennis

Marche rapide Vélo

Aérobie Autres: _____