

Elyse Tannenbaum, B.A., B.S.Soc., N.H.C.
4578 avenue Harvard
Montréal (Québec) Canada
www.yogaplus.net

Nom : _____ Date : _____

Adresse : _____

Ville : _____ Province : _____ Code postal : _____

Téléphone (domicile) : _____ (travail) : _____

Adresse de courriel : _____

Âge : _____ Date de naissance : _____ Sexe : femme ____ homme ____

Éducation : _____

Marié : ____ Séparé : ____ Divorcé : ____ Veuf : _____ Célibataire : ____ Conjoint : _____

J'habite avec : Époux _____ Conjoint _____ Parents _____ Enfant _____ Ami ____ Seul _____

Profession : _____ Heures de travail/semaine : ____ Retraité : _____

Employeur : _____

(Adresse au travail) : _____

Où avez-vous entendu parler du Centre du bien-être corporel et yoga pour la première fois?

Parent ou proche à appeler en cas d'urgence : _____

Lien entre vous : _____ Téléphone : _____

Adresse : _____

INTÉRÊT DE FAIRE UN BILAN DE SANTÉ

De bons soins de santé et une médecine préventive ne sont possibles que lorsque le soignant a une compréhension complète de l'état physique, mental et émotionnel du patient. Votre façon de répondre aux questions suivantes m'aidera à mieux comprendre vos besoins les plus profonds. Le temps et la réflexion que vous consacrerez à remplir ce bilan, ainsi que l'exactitude des réponses, me seront d'une aide précieuse pour répondre à vos besoins en matière de santé.

1) Pourquoi avez-vous choisi de venir à cette clinique?

- Que savez-vous à propos de notre approche?

2) Quelles sont vos trois attentes relativement à votre visite d'aujourd'hui à la clinique?

- Quelles sont vos attentes à long terme par rapport à cette clinique?
- Quelles sont vos attentes envers moi personnellement en tant que soignante?

3) Quel est votre niveau d'engagement actuel pour aborder les causes sous-jacentes des signes et symptômes que vous présentez qui ont un lien avec votre mode de vie? (Choisissez une note entre 0 et 10, 10 signifiant que vous êtes engagé à 100 %.)

0% 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 100%

4) a) Quels sont vos comportements réguliers ou habitudes de vie qui sont bons pour la santé? (Veuillez les énumérer.)

b) Quels sont vos comportements réguliers ou habitudes de vie qui sont néfastes pour votre santé? (Veuillez les énumérer.)

5) Quels obstacles potentiels envisagez-vous quant au traitement des facteurs relatifs à votre mode de vie, qui minent votre santé, et à l'acceptation des méthodes thérapeutiques que nous allons partager avec vous?

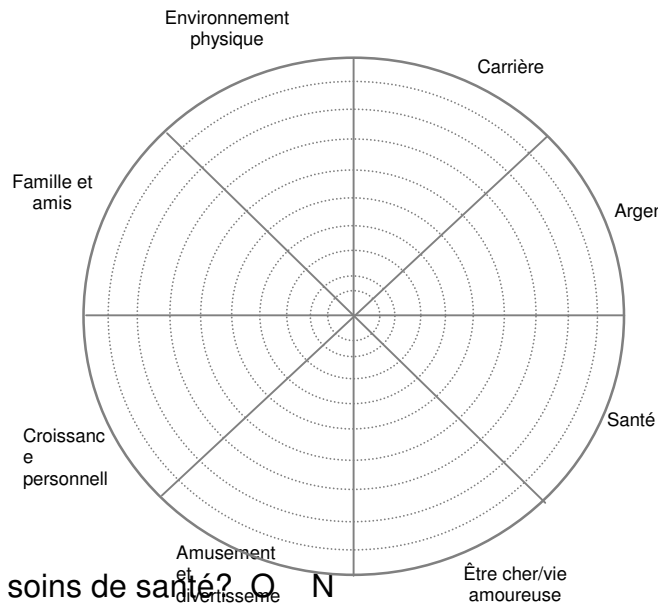
6) Qui connaissez-vous dans votre entourage qui pourrait appuyer votre démarche, de manière constante et sincère, lorsque vous entreprendrez des changements bénéfiques à votre mode de vie?

Roue de l'équilibre

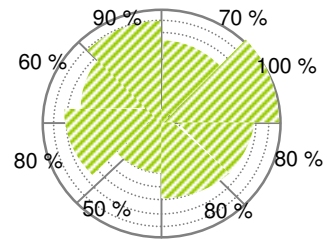
Le bien-être est fondé sur l'équilibre de plusieurs facteurs. Ombragez le cercle ci-contre pour indiquer votre niveau de satisfaction personnel dans les différents domaines.

Par exemple, si vous êtes extrêmement heureux dans votre carrière, ombragez la section au complet.

Ombragez chacune des sections, du centre du cercle vers l'extérieur.



Exemple :



Recevez-vous actuellement des soins de santé? O N

Si oui, où recevez-vous les soins et par qui? _____

Sinon, quand et où avez-vous reçu des soins médicaux ou de santé pour la dernière fois? _____

Pour quelle raison? _____

Quels sont vos problèmes de santé les plus importants? Énumérez-en autant que possible, par ordre d'importance :

- 1) _____
- 2) _____
- 3) _____
- 4) _____
- 5) _____
- 6) _____
- 7) _____

Souffrez-vous actuellement de maladies contagieuses? O N

Si oui, desquelles? _____

Antécédents familiaux

Avez-vous des antécédents familiaux pour les maladies qui suivent (veuillez encercler les maladies

qui s'appliquent)?

Cancer	Diabète	Maladie cardiaque	Hypertension
Néphropathie	Épilepsie	Arthrite	Glaucome
Tuberculose	AVC	Anémie	Trouble mental
Asthme/rhume des foins/urticaire			
Autres antécédents familiaux pertinents? _____			

Quelles sont vos origines? Germaniques _____ Nordiques _____ Celtes _____
Autres _____

Maladies d'enfance

Veuillez encercler la ou les maladies que vous avez eues pendant votre enfance, le cas échéant :

Scarlatine	Diphtérie	Rhumatisme articulaire aigu
Oreillons	Rougeole	Rubéole

Hospitalisations, chirurgies, imagerie médicale

Avez-vous été hospitalisé, subi une chirurgie, ou fait des radiographies, une tomodensitométrie (CAT Scan), un EEG ou un ECG?

_____	année : _____	_____	année : _____
_____	année : _____	_____	année : _____
_____	année : _____	_____	année : _____

Allergies

Êtes-vous sensible à ou avez-vous une allergie à...
des médicaments? _____

des aliments? _____

des particules dans l'environnement ou des produits chimiques? _____

Prise de médicaments actuelle

Prenez-vous l'un des médicaments suivants?

Laxatif	☐ N	Analgésique	☐ N	Antiacide	☐ N
Cortisone	☐ N	Coupe-faim	☐ N	Antibiotique	☐ N
Tranquillisant	☐ N	Médicament pour thyroïde	☐ N	Somnifère	☐ N

Veuillez énumérer **tout** médicament sur ordonnance ou en vente libre que vous prenez, ainsi que les vitamines ou suppléments, le cas échéant.

1) _____	5) _____
2) _____	6) _____
3) _____	7) _____
4) _____	8) _____

Général

Taille : _____ Poids : _____ lb Votre poids il y a 1 an : _____ lb

Poids maximal : _____ Quand : _____

À quel moment de la journée avez-vous le plus d'énergie? _____ Et le moins? _____

Alimentation habituelle

Déjeuner : _____

Dîner : _____

Souper : _____

Collations : _____

Boissons : _____

VEUILLEZ ENCERCLER LA RÉPONSE APPROPRIÉE AUX QUESTIONS SUIVANTES

O = État actuel N = Jamais P = Problème important dans le passé

Habitudes

Intérêts et passe-temps principaux? _____

Faites-vous de l'exercice? O N

Si oui, quel genre d'exercices? _____ Fréquence? _____

Dormez-vous 6 à 8 h en moyenne? O N Aimez-vous votre travail? O N

Dormez-vous bien? O N Prenez-vous des vacances? O N

Vous sentez-vous reposé au réveil? O N Allez-vous dehors? O N

Recevez-vous du soutien dans votre relation? O N Regardez-vous la télévision? O N

Avez-vous déjà été abusé? O N Combien d'heures? _____

Avez-vous vécu un traumatisme majeur? O N P Lisez-vous? O N

Prenez-vous de la drogue? O N P Combien d'heures? _____

Avez-vous été traité pour toxicomanie? O N P

Consommez-vous de l'alcool? O N P Mangez-vous 3 repas par jour? O N

Avez-vous été traité pour alcoolisme? O N P Êtes-vous souvent au régime? O N

Consommez-vous du tabac? O N P Allez-vous souvent au restaurant? O N

Avez-vous déjà fumé? O N P Buvez-vous du café? O N P

Pendant combien d'années? _____ Buvez-vous du thé noir/vert? O N P

Combien de paquets par jour? _____ Buvez-vous des boissons gazeuses? O N P

Consommez-vous du sucre raffiné? O N P

Consommez-vous du sel? O N P

Avez-vous des pratiques religieuses ou spirituelles? O N Si oui, lesquelles? _____

ÉVALUATION DES SYSTÈMES

État mental/émotionnel

Traitement pour problème émotionnel? O N P Dépression? O N P

Sauts d'humeur? O N P Anxiété ou nervosité? O N P

Considéré le suicide? Tentative? O N P Tension? O N P

Manque de concentration? O N P Problèmes de mémoire? O N P

Système immunitaire

Réaction à l'immunisation? O N P Réaction à la vaccination? O N P

Encéphalomyélite myalgique? O N P Infections chroniques? O N P

Gonflement chronique d'une glande? O N P

Guérison lente de blessures? O N P

O = État actuel

N = Jamais

P = Problème important dans le passé

Système endocrinien

Hypothyroïdie?	O N P	Intolérance au froid/à la chaleur?	O N P
Hypoglycémie?	O N P	Diabète?	O N P
Soif excessive?	O N P	Appétit excessif?	O N P
Fatigue?	O N P	Trouble affectif saisonnier?	O N P

Système neurologique

Crises épileptiques?	O N P	Paralysie?	O N P
Faiblesse musculaire?	O N P	Engourdissement ou fourmillement?	O N P
Perte de la mémoire?	O N P	Facilement stressé?	O N P
Vertige ou étourdissement?	O N P	Perte de l'équilibre?	O N P

Peau

Éruptions cutanées?	O N P	Eczéma, urticaire?	O N P
Acné, furoncles?	O N P	Démangeaisons?	O N P
Changement de pigmentation?	O N P	Perte de cheveux continuels?	O N P
Grosseurs?	O N P	Sueurs nocturnes?	O N P

Tête

Maux de tête?	O N P	Traumatisme crânien?	O N P
Migraines?	O N P	Problèmes - mâchoire/ATM	O N P

Yeux

Corps flottants (points)?	O N P	Cataractes?	O N P
Vision altérée?	O N P	Lunettes ou verres de contact?	O N P
Vision trouble?	O N P	Douleur/tension oculaire?	O N P
Daltonisme?	O N P	Larmolement ou yeux secs?	O N P
Vision double?	O N P	Glaucome?	O N P

Oreilles

Déficience auditive?	O N P	Sifflement?	O N P
Maux d'oreille?	O N P	Étourdissement?	O N P

Nez et sinus

Rhumes fréquents?	O N P	Saignement du nez?	O N P
Congestion des sinus?	O N P	Rhume des foins?	O N P
Problèmes de sinus?	O N P	Perte de l'odorat?	O N P

Bouche et gorge

Maux de gorge fréquents?	O N P	Salive abondante?	O N P
Grincement des dents?	O N P	Douleur à la langue/aux lèvres?	O N P
Problèmes de gencive?	O N P	Enrouement?	O N P
Caries?	O N P	Craquement de la mâchoire?	O N P

Cou

Grosseurs?	O N P	Glandes enflées?	O N P
Goitre?	O N P	Douleur ou raideur?	O N P

O = État actuel**N** = Jamais**P** = Problème important dans le passé**Appareil respiratoire**

Toux?	O N P	Crachat?	O N P
Expectoration de sang?	O N P	Respiration sifflante?	O N P
Asthme?	O N P	Bronchite?	O N P
Pneumonie?	O N P	Pleurésie?	O N P
Emphysème?	O N P	Difficultés respiratoires?	O N P
Respiration douloureuse?	O N P	Essoufflement?	O N P
Essoufflement nocturne?	O N P	Essoufflement lorsqu'allongé?	O N P
Tuberculose?	O N P		

Appareil cardiovasculaire

Maladie cardiaque?	O N P	Angine?	O N P
Hypertension/hypotension artérielle?	O N P	Souffle?	O N P
Caillot sanguin?	O N P	Évanouissements?	O N P
Phlébite?	O N P	Palpitations/Flutter auriculaire?	O N P
Rhumatisme articulaire aigu?	O N P	Douleurs à la poitrine?	O N P
Enflure des chevilles?	O N P		

Appareil gastrointestinal

Difficultés à avaler?	O N P	Brûlures d'estomac?	O N P
Altération de la soif?	O N P	Douleurs/crampes abdominales?	O N P
Altération de l'appétit?	O N P	Éructation ou flatulence?	O N P
Nausées/vomissements?	O N P	Constipation?	O N P
Ulcère?	O N P	Diarrhée?	O N P
Jaunisse (pigmentation jaune)?	O N P	Défécation : fréquence? _____	
Maladie vésiculaire?	O N P	Est-ce inhabituel? _____	
Maladie du foie?	O N P	Selles noires?	O N P
Hémorroïdes?	O N P	Sang dans les selles?	O N P

Appareil urinaire

Douleur lors de la miction?	O N P	Fréquence accrue?	O N P
Mictions fréquentes la nuit?	O N P	Incapacité à se retenir?	O N P
Infections fréquentes?	O N P	Calcul rénal?	O N P

Appareil locomoteur

Douleurs/raideurs aux articulations?	O N P	Arthrite?	O N P
Fractures?	O N P	Faiblesses?	O N P
Spasmes/crampes musculaires?	O N P	Sciatique?	O N P

Systèmes sanguin et vasculaire périphérique

Saignements ou ecchymoses faciles?	O N P	Anémie?	O N P
Douleur profonde de la jambe?	O N P	Mains/pieds froids?	O N P
Varices?	O N P	Thrombophlébites?	O N P

O = État actuel **N** = Jamais **P** = Problème important dans le passé

Appareil reproducteur de l'homme

Hernies?	☐ N ☐ P	Grosseurs aux testicules?	☐ N ☐ P
Douleurs testiculaires?	☐ N ☐ P	Maladie de la prostate?	☐ N ☐ P
MTS?	☐ N ☐ P	Écoulement, sensibilité?	☐ N ☐ P
Sexuellement actif?	☐ N	Chlamydia?	☐ N ☐ P
Orientation sexuelle : _____		Gonorrhée?	☐ N ☐ P
Impuissance?	☐ N ☐ P	Condylome?	☐ N ☐ P
Éjaculation précoce?	☐ N ☐ P	Herpès?	☐ N ☐ P
Contraceptif? Type? _____		Syphilis?	☐ N ☐ P

Appareil reproducteur de la femme/Seins

Âge aux premières menstruations? _____		Dernier examen gyn. annuelle/PAP _____	
Âge aux dernières menstruations? (si ménopause) _____		Cycle régulier?	☐ N
Durée du cycle? _____ jours		Pertes entre les cycles?	☐ N ☐ P
Durée des menstruations? _____ jours		Pénétration douloureuse?	☐ N ☐ P
Menstruations douloureuses?	☐ N ☐ P	Caillots?	☐ N ☐ P
Pertes importantes ou excessives?	☐ N ☐ P	Écoulements?	☐ N ☐ P
SPM?	☐ N ☐ P	Contraceptif?	☐ N ☐ P
Si oui, quels sont les symptômes?		Lequel? _____	
_____		Nombre de grossesses : _____	
_____		Nb de naissances vivantes : _____	
Endométriose?	☐ N ☐ P	Nb de fausses couches : _____	
Kystes de l'ovaire?	☐ N ☐ P	Nb d'avortements : _____	
Difficultés à concevoir?	☐ N ☐ P	Symptômes de la ménopause?	☐ N ☐ P
Dysplasie cervicale?	☐ N ☐ P	PAP anormal?	☐ N ☐ P
Difficultés sexuelles?	☐ N ☐ P	Chlamydia?	☐ N ☐ P
Gonorrhée?	☐ N ☐ P	Condylome?	☐ N ☐ P
Herpès?	☐ N ☐ P	Syphilis?	☐ N ☐ P
Êtes-vous actif sur le plan sexuel?	☐ N	Orientation sexuelle : _____	
Auto-examens des seins?	☐ N ☐ P	Grosseurs aux seins?	☐ N ☐ P
Douleur/sensibilité aux seins?	☐ N ☐ P	Écoulements des mamelons?	☐ N ☐ P

Aimeriez-vous ajouter quelque chose ou faire un commentaire?