



Dr Andr ea Proulx ND, Rac

Bienvenue à votre premier rendez-vous avec un docteur en naturopathie. S'il-vous-plaît, prenez le temps de remplir ce formulaire pour me donner des renseignements nécessaires pour adresser toutes tes problèmes de santé. Ceci prendra environ 15 minutes.

Nom: _____ Métier: _____
Date de naissance: _____ (j/m/a) Employeur: _____
Sexe: ___ FEMELLE ___ MALE ___ AUTRE ___ N  tel travail: _() _____
Adresse: _____
_____ En cas d'urgence: _____
_____ N  tel en cas d'urgence:_() _____
N  tel:_() _____ maison
_() _____ cellulaire
Relation: _____
Courriel: _____

Courriel Tél Méthode préférée pour les communications
OUI NON Pouvons-nous laisser un message?
OUI NON Pouvons-nous envoyer un bulletin saisonnier par courriel?
(Tes informations ne seront pas partagées.)
OUI NON   présent, voyez-vous un autre membre de l'équipe au Active Health Institute? Si
oui, de qui s'agit t'il?: _____

Par quel moyen avez-vous fait connaissances avec Dr. Andr ea Proulx, ND?: _____

Les membres de ton équipe médicale:

Docteur médical

Nom: _Dr. _____

N  tel: _() _____

Adresse: _____

N  fax: _() _____

Spécialiste(e) : _____

Nom: _____

N  tel: _() _____

Adresse: _____

Specialist(e) : _____

Nom: _____

Profession: _____

N  tel: _() _____

Adresse: _____



Dr Andréa Proulx ND, Rac

Tes problèmes ou inquiétudes médicaux

Quels sont tes problèmes ou inquiétudes médicaux, ou tes raisons pour ta visite à la clinique?

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____
5. _____

Antécédents médicaux

S'il-vous-plaît indiqué les conditions sérieuses, les maladies, les blessures ou autres raisons pour un séjour à l'hôpital.

<i>Blessures, conditions, maladies, hospitalisations</i>	<i>Date approx.</i>	<i>Cette condition, est-elle toujours présente?</i>	
		Oui	Non
		Oui	Non
		Oui	Non
		Oui	Non
		Oui	Non
		Oui	Non
		Oui	Non
		Oui	Non
		Oui	Non
		Oui	Non
		Oui	Non
		Oui	Non
		Oui	Non
		Oui	Non

S'il-vous-plaît indiqué toutes allergies ou sensibilités:

<i>Allergies ou sensibilités</i>			<i>Sévérité de la réaction</i>
Oui	Non	Pollen: (genres)	
Oui	Non	Poussière	
Oui	Non	Poils d'animal: (genres)	
Oui	Non	Latex	
Oui	Non	Intolérances alimentaires: (genres)	
Oui	Non	Autres:	
Oui	Non	Autres:	
Oui	Non	Autres:	



Dr Andr ea Proulx ND, Rac

S'il-vous-plaît indiqué les médicaments et suppléments nutritionnels que vous prenez *présentement* :

Médicaments / Suppléments	Dose	Médecin qui a prescrit le médicament	Maladie traitée	Date de l'ordonnance

S'il-vous-plaît indiqué les médicaments et suppléments nutritionnels que vous avez pris *auparavant*:

Médicaments / Suppléments	Dose	Médecin qui a prescrit le médicament	Maladie traitée

Environ combien de fois avez-vous pris des antibiotiques? _____

Quelles vaccinations avez-vous reçues durant les dernières 5 ans? _____

Voyez-vous un médecin régulièrement pour des dépistages par un autre médecin (frottis vaginal/Pap, analyses de sang, etc.)? Oui Non

Utilisez-vous ces produits?

			Combien de fois / Quantité / Marque / Genre
Oui	Non	Aspirin	
Oui	Non	Ibuprofen	
Oui	Non	Antiacides	
Oui	Non	Laxatifs	
Oui	Non	Pilule contraceptive	
Oui	Non	Injections pour contraception	
Oui	Non	Implants pour contraception	
Oui	Non	Pillules pour l'amaigrissement	
Oui	Non	Alcool	
Oui	Non	Tabac	
Oui	Non	Boisson caféinée	
Oui	Non	Marijuana, cocaïne, drogue de genre	



Dr Andr ea Proulx ND, Rac

Antécédents familiaux

Maladie	Encerclé		Membre de la famille	Commentaires
Alcoolémie	Oui	Non		
Anémie	Oui	Non		
Arthrites	Oui	Non		
Asthme	Oui	Non		
Rhume des foins	Oui	Non		
Cancer	Oui	Non		
Dépression	Oui	Non		
Abus de drogue	Oui	Non		
Diabète	Oui	Non		
Intolérance alimentaire	Oui	Non		
Problèmes digestifs	Oui	Non		
Glaucome	Oui	Non		
Maladie cardiaque	Oui	Non		
Haute pression	Oui	Non		
Maladie des reins	Oui	Non		
Maladie mentale	Oui	Non		
Convulsions/�pilepsie	Oui	Non		
Accident Vasculaire cérébral	Oui	Non		
Problème thyroïdien	Oui	Non		
Autre	Oui	Non		
Antécédent familial inconnue	Oui	Non		

Style de vie

Loisirs: _____

R gimen d'exercices: _____

Décrivez votre niveau de stress dans votre vie.
Comment supportez-vous ce stress? _____

Qu'est-ce que vous appréciez le plus dans la
vie? _____

Régiment alimentaire quotidien:
Déjeuner: _____

Collation: _____
Diner: _____

Collation: _____
Souper: _____

Collation: _____

Brevages: _____

Autre chose que vous voulez mentionner?



Dr Andréa Proulx ND, Rac

Revue des systèmes d'organes S'il-vous-plaît ajoutez des commentaires si nécessaires.

Générale (changements de poids, énergie, fonctions immunitaires, bleus excessifs)

Musculosquelette (douleur, enflure, crampe, raideur, faiblesse, fracture)

Neurologique (engourdissement, convulsion, perte de connaissance)

Digestif (douleur, constipation/diarrhée, ballonnement, hémorroïdes, ulcère, saignement)

Respiration (douleur, toux, respiration sifflant, essoufflement, expectoration)

Cardiovasculaire (angine, murmure, pression haute/basse, douleur, palpitations)

Endocrine (faim/soif/sueur excessifs, intolérance au chaud/froid, thyroïde)

Peau (sécheresse, démangeaisons, grain de beauté, rougeurs, acné)

Yeux (douleur, sécheresse, infection, larmes excessives)

Oreilles (mal, infection, suppuration, bourdonnement)

Tête (mal, étourdissement, commotion)

Cou, égorge, bouche (glande, grosseur, mal à la gorge, mal de dents, gencives, changement de voix)

Nez et sinus (sécrétion, infection, saignement, nez bouché)

Urinaire (fréquence, urgence, douleur, hésitation, infection, calcul)

Mâle (douleur testiculaire, démangeaison, plaie, hernie, inquiétudes érectiles/sexuelles, sécrétions irrégulières)

Femelle (sécrétions irrégulières, durée des règles, douleur, plaie, inquiétudes sexuelles, SPM)

Seins (grosseur, douleur, sécrétion, sensibilité)

Émotif (dépression, anxiété, phobies, saut d'humeur)

Autre



Dr Andr ea Proulx ND, Rac
