

BILAN DE SANTÉ

Le but du bilan de santé n'est pas d'établir un diagnostic, mais de bien connaître votre état de santé.

INFORMATION PERSONNELLES

Nom: _____ Prénom: _____

Adresse: _____ App: _____

Ville: _____ Province: _____ Code postal: _____

Téléphone: _____ Cellulaire: _____

Courriel: _____

Date de naissance: _____ Âge: _____

Prenez-vous de la médication chimique/naturelle? _____

Si oui, lesquels? _____
(Vous pouvez également fournir une liste de vos médicaments)

Quels sont vos antécédents familiaux? _____

Avez-vous déjà subi des opérations? _____

Si oui, lesquelles? _____

Profession : _____

Qui devrais-je remercier pour m'avoir référée? _____

ANALYSE ET ÉVALUATION DE VOS HABITUDES DE VIE

ALIMENTATION

Combien de café buvez-vous par jour? _____ Combien de sucre? _____

Combien de boisson alcoolisée buvez-vous par semaine? _____

Mangez-vous des fruits et légumes à tous les jours? _____

Combien de fois mangez-vous de la viande rouge par semaine? _____

Mangez-vous beaucoup d'aliments raffinés? _____

Mangez-vous très sucré? _____

Mangez-vous souvent de la malbouffe? _____

Mangez-vous rapidement? _____

Connaissez-vous votre satiété? (mangez-vous plus qu'à votre faim) _____

Note : _____

HABITUDES DE VIE

Combien de litre d'eau buvez-vous par jour? _____

Fumez-vous? _____

Si oui, combien de cigarette par jour et depuis combien de temps? _____

Avez-vous fréquemment des problèmes de poids? _____

Avez-vous déjà suivi un régime? _____

Êtes-vous une personne stressée? _____

Faites vous de l'exercice? _____ Si oui, à quelle fréquence? _____

En moyenne combien d'heure de sommeil dormez-vous par nuit? _____

Es-ce que vous dormez bien? _____

Avez-vous un horaire de travail rotatif? _____

Danielle Normandin, Naturopathe / Phytothérapeute et Réflexologue

Vous sentez-vous toujours fatigué(e) et faible? _____

Passez-vous moins d'une heure par jour à l'extérieur? _____

L'air de votre milieu de travail est-il adéquat? _____

Votre environnement est-il pollué? _____

Note : _____

SYSTEME HORMONAL

Êtes-vous enceinte? _____

Avez-vous des enfants? _____ Combien? _____

Accouchement normal? _____

Césarienne? _____

Cycle Menstruel est-il régulier? _____ Dououreux? _____

SPM? _____ Bouffées de chaleur? _____

Êtes-vous ménopausée? _____ Hystérectomie? _____

Prenez-vous présentement un contraceptif oral? _____

Lequel? _____

Déséquilibre de la glande thyroïde _____
Hypoglycémie _____
Croissance difficile _____
Acné _____

Obésité _____
Puberté difficile _____
Diabète _____

Femme

Infections vaginales fréquentes _____
Problèmes menstruels _____
Symptôme de la ménopause _____

Homme

Démangeaisons _____
Miction douloureuse _____
Trouble de la prostate _____

Note : _____

SYSTEME TEGUMENTAIRE

Irritation, eczéma, psoriasis _____
Cheveux ternes, cassants _____
Peau grasse _____
Peau sèche _____

Perte de cheveux _____
Pellicule _____
Cellulite _____
Acné _____

Note : _____

SYSTEME DIGESTIF



Danielle Normandin, Naturopathe / Phytothérapeute et Réflexologue

Points du côté du foie	_____	Vomissements	_____
Selles pâles	_____	Constipation	_____
Maux de tête	_____	Étourdissements	_____
Nausées, éructations	_____	Fatigue	_____
Brûlures d'estomac	_____	Ulcères	_____
Selles foncées	_____	Hémorroïdes	_____
Gaz et/ou Flatulences	_____	Mauvaise haleine	_____
Diverticulite	_____	Crampes (ventre)	_____
Lithiase biliaire	_____	Digestion difficile	_____

Note : _____

SYSTÈME CIRCULATOIRE

Cholestérol élevé	_____	Œdème	_____
Maladies cardiaques	_____	Palpitations	_____
Picotements	_____	Haute pression	_____
Saignement de nez	_____	Cicatrisation lente	_____
Frilosité	_____	Chaleur, sueur	_____
Engourdissements	_____	Varices, varicosités	_____
Triglycérides élevés	_____	Ecchymoses (bleus)	_____
Basse pression	_____		

Note : _____

SYSTÈME IMMUNITAIRE

Infections répétitives (rhume, grippe, champignons etc.)? _____

Prise fréquente d'antibiotiques? _____

Avez-vous souffert de la mononucléose? _____

Allergies : Alimentaire _____ Respiratoire _____ Autre _____
Spécifiez _____

Note : _____

SYSTÈME MUSCULAIRE

Douleurs musculaires	_____	Raideurs musculaires	_____
Crampes musculaires	_____	Entorses fréquentes	_____
Bursites, tendinite	_____	Torticolies	_____

Note : _____

SYSTÈME RESPIRATOIRE

Souffle court	_____	Bronchite, rhinite	_____
Asthme	_____	Tabagisme	_____
Respiration difficile	_____	Problème respiratoires	_____

Note : _____

SYSTÈME OSSEUX

Bursite, tendinite	_____	Arthrose	_____
Ostéoporose	_____	Arthrite	_____
Fragilité osseuse	_____	Fracture	_____

Note : _____

SYSTÈME URO-GÉNITAL

Infections urinaires	_____	Odeur forte	_____
Urine Insuffisante	_____	Urine colorée	_____
Douleur	_____	Urine pâle	_____
Transpiration abondante	_____	Œdème	_____
Sang dans l'urine	_____	Fibrome	_____
Calcul rénaux	_____	Goutte	_____

Note : _____

SYSTÈME NERVEUX

Insomnies	_____	Nervosité	_____
Cauchemars	_____	Faiblesse	_____
Irritabilité	_____	Stress (excès)	_____
Trouble de mémoire	_____	État dépressif	_____
Phobies	_____	Tremblement	_____
Épuisement	_____	Sciatique	_____

Note : _____

Date : _____

Signature du client : _____

Nom en lettres moulées : _____

Danielle Normandin, Naturopathe / Phytothérapeute et Réflexologue

