

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

Dossier #: _____

HISTORIQUE DE SANTÉ

Nom: _____

Date de naissance: _____
AA / MM / JJ

1. Classer les problèmes existants par priorité et remplir les autres cases le plus complètement possible.

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 pays

☐ Oui ☐ Non

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

☐ Oui ☐ Non

Si oui, expliquer. _____

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. Emplois actuel: _____

Emplois précédents: _____

10. Historique médical et chirurgical.

Maladies

☐ Anémie

☐ Apnée du sommeil

Quand

Commentaires

... Maladies (suite)

- ☐ Arthrite
- ☐ Asthme
- ☐ Bronchite
- ☐ Cancer
- ☐ Cholestérol, triglycérides
- ☐ Colon irritable
- ☐ Crise cardiaque/Angine de poitrine
- ☐ Diabète
- ☐ Emphysème
- ☐ Épilepsie, convulsions, ou crise
- ☐ Goutte
- ☐ Hépatite
- ☐ Hypertension
- ☐ Ictus (attaque cardiaque)
- ☐ Insuffisance cardiaque
- ☐ Lithiase rénale (pierres aux reins)
- ☐ Lithiases biliaires (pierres au foie)
- ☐ Maladie de Crohn ou colite ulcéreuse
- ☐ Mononucléose
- ☐ Pneumonie
- ☐ Problème de thyroïde
- ☐ Rhumatisme articulaire aigu
- ☐ Sinusite
- ☐ Syndrome de fatigue chronique
- ☐ Autre:

[illegible]

Blessures

- ☐ Blessure à la tête
- ☐ Blessure au cou
- ☐ Blessure au dos
- ☐ Fracture (décrire)
- ☐ Autre:

Quand	Commentaires
-------	--------------

Diagnostiques

- ☐ CAT Scan: Scintigraphie. **Spécifiez.**
- ☐ Angioplastie
- ☐ Biopsie
- ☐ Colonoscopie
- ☐ ECG
- ☐ Gastroskopie
- ☐ Lavement et/ou repas baryté
- ☐ Mammographie
- ☐ Ostéodensitométrie
- ☐ Radiographies. **Spécifiez.**
- ☐ Raimonnance magnétique
- ☐ Autre:

Quand	Commentaires
-------	--------------

[illegible]

Opérations

- ☐ Ablation de la vésicule biliaire
☐ Ablation des amygdales
☐ Appendicectomie
☐ Chirurgie dentaire
☐ Hernie
☐ Hystérectomie
☐ Autre: _____

Quand	Commentaires

11. Hospitalisations.

Quand	Raison

12. Vaccination

- ♦ Primaire ☐ Oui ☐ Non
 ♦ Voyage: ☐ Tétanos Date: _____
 ☐ Hépatite B Date: _____ ☐ Hépatite A Date: _____
 ☐ Fièvre jaune Date: _____
 ☐ Choléra Date: _____
 ☐ Autre(s) _____

13. À combien de reprises avez-vous été traité aux antibiotiques?

	- 5 fois	+ 5 fois	N/A
Enfance	☐	☐	☐
Adolescence	☐	☐	☐
Adulte	☐	☐	☐

14. À combien de reprises avez-vous ingéré des stéroïdes par voie orale (Cortisone, Prednisone, etc.)?

	- 5 fois	+ 5 fois	N/A
Enfance	☐	☐	☐
Adolescence	☐	☐	☐
Adulte	☐	☐	☐

15. Quels sont les médicaments que vous consommez maintenant?

Médicaments	Date	Posologie

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?		
Avez-vous mangé beaucoup de sucreries et/ou des bonbons dans votre jeune âge?		

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	☐ Colite, gastroentérite
☐ Calculs ou pierres à la vésicule biliaire (lithiases)	☐ Constipation
☐ Crampes à l'estomac	☐ Alternance de constipation et diarrhée
☐ Difficulté à digérer la viande, le fromage	☐ Diarrhée
☐ Difficulté à digérer les aliments acides (orange...)	☐ Démangeaison à l'anus, sensation de brûlure
☐ Difficulté à digérer les aliments gras	☐ Digestion rapide, faim fréquente
☐ Difficulté à digérer les crudités	☐ Gaz d'intestins, ballonnements
☐ Digestion lente	☐ Hémorroïdes
☐ Douleur au foie (à droite)	☐ Jaunisse
☐ Fatigue après avoir mangé, goût de dormir	☐ Besoin de grignoter
☐ Indigestion	☐ Selles douloureuses et difficiles
☐ Indigestion peu après les repas	☐ Selles dures et en forme de billes
☐ La faim cause des faiblesses ou des étourdissements	☐ Selles glaireuses
☐ Mal de cœur face aux aliments gras	☐ Selles nauséabondes
☐ Nausée fréquente	☐ Selles noires ou très foncées
☐ Maux de tête après avoir mangé des aliments gras	☐ Selles pâles
☐ Perte d'appétit	☐ Selles tantôt molles, tantôt liquides
☐ Sensation de lourdeur à l'estomac	
☐ Sensation de brûlures à l'estomac qui disparaît après avoir mangé	

Autres symptômes, précisez:

--

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

☐ Asthme	☐ Chat dans la gorge, enrouement	☐ Écoulement nasal liquide
☐ Bronchite	☐ Essoufflement	☐ Écoulement nasal purulent
☐ Rhume	☐ Mucus	☐ Nez toujours bouché
☐ Toux	☐ Sinusite	

Autres symptômes, précisez:

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

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

Autres symptômes, précisez:

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

☐ Infection rénale	☐ Pierres aux reins ou à la vessie	☐ Urine fréquemment ou beaucoup
☐ Infection urinaire	☐ Sang dans l'urine	☐ Urine fréquemment
☐ Œdème des membres inférieurs	☐ Sensation de brûlure à la miction	☐ Urine beaucoup

Autres symptômes, précisez:

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

☐ Anxiété	☐ Hypersensibilité au bruit	☐ Irritabilité excessive
☐ Dépression	☐ Impatiences / jambes	☐ Manque de mémoire
☐ Difficulté de concentration	☐ Insomnie	☐ Nervosité

Autres symptômes, précisez:

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

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

... **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
- ☐ Doit uriner 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

- | | | | |
|---|--|---|---|
| ☐ Aucun | ☐ Confitures | ☐ Lait de chèvre | ☐ Pain grillé |
| ☐ Bacon/Saucisse | ☐ Crème à café | ☐ Lait de noisette | ☐ Son de blé |
| ☐ Bagel | ☐ Croissant | ☐ Lait de riz | ☐ Substitut de sucre |
| ☐ Beigne | ☐ Eau | ☐ Lait de soya | ☐ Sucre |
| ☐ Beurre | ☐ Fruit | ☐ Lait de vache | ☐ Thé |
| ☐ Beurre noisette & chocolat | ☐ Gruau | ☐ Margarine | ☐ Yogourt |
| ☐ Boisson gazeuse | ☐ Jus | ☐ Muffins | ☐ Autres: _____ |
| ☐ Café | ☐ Lait d'amande | ☐ Noix | _____ |
| ☐ Céréales | ☐ Lait de chanvre | ☐ Œufs | _____ |

Dîner

- | | | | |
|--|---|---|---|
| ☐ Aucun | ☐ Lait d'amande | ☐ Œufs | ☐ Salade de crudités |
| ☐ Beurre | ☐ Lait de chanvre | ☐ Œufs (quiche) | ☐ Sandwich/charcuterie |
| ☐ Boisson énergisante | ☐ Lait de chèvre | ☐ Patate, carottes | ☐ Soupe |
| ☐ Boisson gazeuse/caféine | ☐ Lait de noisette | ☐ Pâtes | ☐ Substitut de sucre |
| ☐ Boisson gazeuse ≠ caféine | ☐ Lait de riz | ☐ Pizza | ☐ Thé |
| ☐ Café | ☐ Lait de soya | ☐ Poisson | ☐ Tofu |
| ☐ Condiments (Ketchup) | ☐ Lait de vache | ☐ Poulet | ☐ Tomate |
| ☐ Dessert | ☐ Laitue | ☐ Réchauffé (restes) | ☐ Viande rouge |
| ☐ Eau | ☐ Légumes jaunes, vertes | ☐ Repas à la cafétéria | ☐ Vinaigrette à salade |
| ☐ Frites | ☐ Légumineuses | ☐ Repas au restaurant | ☐ Yogourt |
| ☐ Fromage | ☐ Margarine | ☐ Repas congelés | ☐ Autre: _____ |
| ☐ Fruits | ☐ Mayonnaise | ☐ Riz blanc | _____ |
| ☐ Jus | ☐ Noix | ☐ Riz brun | _____ |

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

Souper

☐ Aucun	☐ Lait d'amande	☐ Œufs	☐ Salade de crudités
☐ Beurre	☐ Lait de chanvre	☐ Œufs (quiche)	☐ Sandwich/charcuterie
☐ Boisson énergisante	☐ Lait de chèvre	☐ Patate, carottes	☐ Soupe
☐ Boisson gazeuse/caféine	☐ Lait de noisette	☐ Pâtes	☐ Substitut de sucre
☐ Boisson gazeuse ≠ caféine	☐ Lait de riz	☐ Pizza	☐ Thé
☐ Café	☐ Lait de soya	☐ Poisson	☐ Tofu
☐ Condiments (Ketchup)	☐ Lait de vache	☐ Poulet	☐ Tomate
☐ Dessert	☐ Laitue	☐ Réchauffé (restes)	☐ Viande rouge
☐ Eau	☐ Légumes jaunes, vertes	☐ Repas à la cafétéria	☐ Vinaigrette à salade
☐ Frites	☐ Légumineuses	☐ Repas au restaurant	☐ Yogourt
☐ Fromage	☐ Margarine	☐ Repas congelés	☐ Autre: _____
☐ Fruits	☐ Mayonnaise	☐ Riz blanc	_____
☐ Jus	☐ Noix	☐ Riz brun	_____

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

Aliments salés (croustilles) _____	Café décaféiné _____	Crème glacée _____
Boissons énergisantes _____	Chocolat _____	Friandise (bonbon) _____
Boisson gazeuse _____	Chocolat chaud _____	Thé _____
Café _____	Tranche de pain blanc (Croissant/bagel) _____	

22. Suivez-vous une diète spéciale? ☐ Oui ☐ Non

Si oui, indique laquelle (lesquelles).

☐ Ovo-lacto	☐ Sans produit laitier	☐ Vegan
☐ Diabétique	☐ Végétarienne	☐ 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? ☐ Cigarette ☐ Pipe ☐ Cigare ☐ Autre: _____ ☐ 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: _____