**IDENTIFICATION DU CLIENT**

Nom : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.Prénom : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.Date : Cliquez ou appuyez ici pour entrer une date.

Date naissance : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. Âge : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

Adresse postale : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_­\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Adresse courriel : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Numéros de téléphone : (maison) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(cell) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

État civile : ­­­\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Nombre d’enfant à charge \_\_\_\_\_\_\_\_ Occupation : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Référence aux services :**

Qui vous a référé? 🔿 Un client ou ex-client 🔿 Site Internet 🔿 Autre précisez : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Demande de reçu :**

J’ai une assurance qui couvre les services de naturopathie? 🔿 Oui 🔿 Non 🔿 Je ne sais pas

Je désir des reçus de naturopathie : 🔿 Oui 🔿 Non

Je désire des factures :  🔿 Oui 🔿 Non

**RAISON DE LA CONSULTATION**

**Raison de la consultation :** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_­\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Facteurs déclenchants** : Selon vous, vos problèmes ont débuté à la suite de :\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Informations des maladie(s) Date de la dernière visite médicale :** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Diagnostiquée par : 🔿 Médecin 🔿 Chiro 🔿 Autre : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nom du professionnel traitant : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Téléphone :  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Informations pharmaceutiques**

Prenez-vous des médicaments prescrits par ce professionnel? 🔿Non 🔿 Oui, si oui, précisez le nom, la quantité et la fréquence.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Hérédité familiale**

|  |
| --- |
|  Informations sur les principales maladies ou difficultés enrAIASracconsultationparticulières  |
| Père |  |
| Mère |  |
| Frères |  |
| Soeurs |  |

**Évaluation physique et symptomatique**

Souffrez-vous de ? Cochez ✓ les symptômes ou problèmes que vous présentez

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| * Dépression
 | * Fatigue
 | * Stress
 |
| * Douleur au ventre
 | * Étourdissement
 | * Essoufflement
 |
| * Migraines
 | * Palpitation
 | * Épuisement
 |
| * Insomnie
 | * Eczéma
 | * Nervosité
 |
| * Ulcères
 | * Nausées
 | * Perte de poids
 |
| * Vertiges
 | * Diarrhée
 | * Gain de poids
 |
| * Troubles digestif
 | * Haute pression
 | * Basse pression
 |
| * Burnout
 | * Allergie :\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
 | * Frigidité (baisse de désir sexuel
 |

Autre problème de santé : **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Évaluation émotionnelle**

Cochez ✓ les cases qui correspondant aux émotions que vous ressentez fréquemment.

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| * Peur
 | * Stress
 | * Irritation
 | * Culpabilité
 | * Hostilité
 | * Découragement
 |
| * Rejet
 | * Colère
 | * Ennuie
 | * Anxiété
 | * Impuissance
 | * Manque de confiance
 |
| * Gêne
 | * Honte
 | * Tristesse
 | * Désespoir
 | * Inquiétude
 | * Dévalorisation
 |
| * Rage
 | * Doute
 | * Jalousie
 | * Révolte
 | * Phobie
 | * Baisse d’estime
 |
| * Haine
 | * Mépris
 | * Nervosité
 | * Rancune
 | * Impatience
 | * Dépression
 |

**Évaluations des réactions habituelles**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| * Je m’isole
 | * Je vais magasiner
 | * Je joue à l’ordinateur
 | * Je tente de faire les choses parfaitement
 |
| * Je pleur
 | * Je mange avec excès
 | * Je vais jouer à la loterie
 | * Je prends des médicaments
 |
| * Je me fais mal
 | * Je critique et je blâme
 | * Je prends de l’alcool
 | * Je frappe, je lance des objets
 |
| * J’obéi
 | * Je tente de contrôler
 | * J’utilise des jurons
 | * Je tape des pieds, je bourrasse
 |
| * Je vole
 | * Je regarde des films
 | * Je travaille avec excès
 | * Je tente de fuir de démissionner
 |
| * Je me dispute
 | * Je menace les autres
 | * J’évite de déplaire
 | * J’essaie de penser à autre chose
 |
| * Je lis
 | * Je perds mes mots
 | * Je garde le silence
 | * Je fais du ménage, du rangement
 |
| * J’ai du sexe
 | * J’évite de dire non
 | * Je réagir avec agressivité
 | * Je réfléchi longuement
 |
| * Je mens
 | * Je fais du sport
 | * Je suis incapable de décider
 | * Je parle de mes problèmes
 |
| * Je cri
 | * Je vais dormir
 | * Je tente de tricher, frauder
 | * J’assume les tâches des autres
 |
| * Je ri
 | * Je me fais vomir
 | * Je cherche la paix
 | * Je me blâme, me reproche
 |
| * Je refoule
 | * Je broie du noir
 | * Je donne des excuses
 | * Je prends les choses en main
 |
| * Je m’impose
 | * Je ridiculise les autres
 | * J’espionne, je surveille
 | * Je tente de me faire pardonner
 |

Cochez ✓ les cases qui correspondent aux réactions ou comportements que vous avez l’habitude d’avoir lorsque vous êtes habité d’émotion intenses.

**Consentement**

Le client reconnaît avoir lu et compris les paragraphes suivants **:**

1. La Coach de vie, Mélanie Trudel m’a avisé que ses services sont axés sur le respect et la dignité de la personne et qu’ils répondent aux exigences des codes de déontologie du RITMA (Regroupement des Intervenants et Thérapeutes en Médecine Alternative).
2. Je comprends que les services offerts par mon coach sont de l’accompagnement, de l’enseignement, de l’aide et du soutien dans le but de me permettre d’atteindre mes objectifs personnels et l’épanouissement de mon plein potentiel.
3. Je reconnais que les reçus qui me seront remis en naturopathie le sont strictement en preuve de la réception du paiement versé pour les services rendus. L’utilisation de ce reçu à quelque fin que ce soit incluant, sans limitation, l’obtention d’un remboursement dudit paiement par toute personne, incluant une compagnie d’assurance, demeurera ma responsabilité exclusive et entière.
4. Je reconnais que le coach de vie n’effectuera aucune représentation quant à l’admissibilité ou la non-admissibilité du service reçu à pareille fin. Je reconnais avoir présenté une carte d’identification avec photo soit :🔿 ma carte d’assurance maladie ou 🔿 mon permis de conduire
5. Suite à l’entrée en vigueur de la LOI SUR LA PROTECTION DES RENSEIGNEMENTS PERSONNELS DANS LE **SECTEUR PRIVÉ (LOI 68)**, je reconnais donner librement des informations relatives à mon dossier personnel. À moins d’avis contraire de ma part par lettre enregistrée, je consens à ce que la thérapeute Mélanie Trudel consigne dans un dossier tous les renseignements que je lui ai transmis ou transmettrai, verbalement ou par écrit et ce, pour une période de cinq (5) ans.
6. Je reconnais que j’ai la responsabilité de me présenter à l’heure exacte prévue à ma rencontre. Advenant le cas où j’arrive dans un délai inférieur à 15 minutes après le début prévu de ma rencontre, je pourrai recevoir les minutes de service restantes et payer le montant total de la consultation.
7. Dans le cas où mon retard excède 15 minutes, je ne pourrai recevoir de services et je devrai payer une pénalité de 35$, à moins de force majeure.
8. Dans le cas où il m’est impossible de me présenter à ma rencontre, j’ai la responsabilité d’annuler mon rendez-vous, au plus tard, dans les 24 heures avant le début prévu à cette rencontre en laissant un message sur la boite vocale. Dans le cas contraire, je devrai payer une pénalité de 35$.

**Je suis responsable du vocabulaire médical que j’utilise et que je suis venu(e) de mon gré requérir des services de coaching et de naturopathie.**

Signature : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Nom en lettre moulée : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Signé à  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_