

IDENTIFICATION DU CLIENT

Nom : _____ Prénom : _____ Date : _____

Date naissance : _____ Âge : _____

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 désire 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

Père	
Mère	
Frères	
Soeurs	

Évaluation physique et symptomatique

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

- | | | |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Dépression | <input type="checkbox"/> Fatigue | <input type="checkbox"/> Stress |
| <input type="checkbox"/> Douleur au ventre | <input type="checkbox"/> Étourdissement | <input type="checkbox"/> Essoufflement |
| <input type="checkbox"/> Migraines | <input type="checkbox"/> Palpitation | <input type="checkbox"/> Épuisement |
| <input type="checkbox"/> Insomnie | <input type="checkbox"/> Eczéma | <input type="checkbox"/> Nervosité |
| <input type="checkbox"/> Ulcères | <input type="checkbox"/> Nausées | <input type="checkbox"/> Perte de poids |
| <input type="checkbox"/> Vertiges | <input type="checkbox"/> Diarrhée | <input type="checkbox"/> Gain de poids |
| <input type="checkbox"/> Troubles digestif | <input type="checkbox"/> Haute pression | <input type="checkbox"/> Basse pression |
| <input type="checkbox"/> Burnout | <input type="checkbox"/> Allergie : _____ | <input type="checkbox"/> Frigidité (baisse de désir sexuel) |

Autre problème de santé : _____

Évaluation émotionnelle

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

- | | | | | | |
|--------------------------------|---------------------------------|-------------------------------------|--------------------------------------|--------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Peur | <input type="checkbox"/> Stress | <input type="checkbox"/> Irritation | <input type="checkbox"/> Culpabilité | <input type="checkbox"/> Hostilité | <input type="checkbox"/> Découragement |
| <input type="checkbox"/> Rejet | <input type="checkbox"/> Colère | <input type="checkbox"/> Ennui | <input type="checkbox"/> Anxiété | <input type="checkbox"/> Impuissance | <input type="checkbox"/> Manque de confiance |
| <input type="checkbox"/> Gêne | <input type="checkbox"/> Honte | <input type="checkbox"/> Tristesse | <input type="checkbox"/> Désespoir | <input type="checkbox"/> Inquiétude | <input type="checkbox"/> Dévalorisation |
| <input type="checkbox"/> Rage | <input type="checkbox"/> Doute | <input type="checkbox"/> Jalousie | <input type="checkbox"/> Révolte | <input type="checkbox"/> Phobie | <input type="checkbox"/> Baisse d'estime |
| <input type="checkbox"/> Haine | <input type="checkbox"/> Mépris | <input type="checkbox"/> Nervosité | <input type="checkbox"/> Rancune | <input type="checkbox"/> Impatience | <input type="checkbox"/> Dépression |

Évaluations des réactions habituelles

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

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

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 boîte 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 : _____