

Date d'ouverture de dossier: \_\_\_\_\_  
JJ / MM / AA

Dossier #: \_\_\_\_\_

## HISTORIQUE DE SANTÉ

Nom: \_\_\_\_\_

Date de naissance: \_\_\_\_\_  
JJ / MM / AA

1. Classer les problèmes existants par priorité et remplir les autres cases au meilleur de votre connaissance.

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 Canada?  Oui  Non

Si oui, quand et où? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

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

Si oui, expliquez. \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

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. Emploi actuel: \_\_\_\_\_

Emplois précédents: \_\_\_\_\_

10. Historique médical et chirurgical.

Maladies

Anémie

Apnée du sommeil

Quand	Commentaires



**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	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Adolescence	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Adulte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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

	- 5 fois	+ 5 fois	N/A
Enfance	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Adolescence	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Adulte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**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

Noms (vitamines, minéraux, suppléments)	Depuis	Posologie

17. Période d'enfance.

Questions      Réponse      Commentaires

Questions	Réponse	Commentaires
Êtes-vous un bébé né à terme?		
> Prématuré?		
> Allaité?		
> Nourri à la bouteille?		
Enfant, avez-vous mangé beaucoup de sucreries?		

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**

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

Autres symptômes, précisez:

---



---

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

- |                                    |   |  |
|------------------------------------|---|--|
| <input type="checkbox"/> Asthme    | <input type="checkbox"/> Chat dans la gorge, enrouement | <input type="checkbox"/> Écoulement nasal liquide  |
| <input type="checkbox"/> Bronchite | <input type="checkbox"/> Essoufflement                  | <input type="checkbox"/> Écoulement nasal purulent |
| <input type="checkbox"/> Rhume     | <input type="checkbox"/> Mucus                          | <input type="checkbox"/> Nez toujours bouché       |
| <input type="checkbox"/> Toux      | <input type="checkbox"/> Sinusite                       |  |

Autres symptômes, précisez:

---

---

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

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

Autres symptômes, précisez:

---

---

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

- |   |  |  |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Infection rénale             | <input type="checkbox"/> Pierres aux reins ou à la vessie  | <input type="checkbox"/> Urine fréquemment |
| <input type="checkbox"/> Infection urinaire           | <input type="checkbox"/> Sang dans l'urine                 | <input type="checkbox"/> Urine beaucoup    |
| <input type="checkbox"/> Œdème des membres inférieurs | <input type="checkbox"/> Sensation de brûlure à la miction |  |

Autres symptômes, précisez:

---

---

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

- |  |  |   |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Anxiété                     | <input type="checkbox"/> Hypersensibilité au bruit | <input type="checkbox"/> Irritabilité excessive |
| <input type="checkbox"/> Dépression                  | <input type="checkbox"/> Impatiences / jambes      | <input type="checkbox"/> Manque de mémoire      |
| <input type="checkbox"/> Difficulté de concentration | <input type="checkbox"/> Insomnie                  | <input type="checkbox"/> Nervosité              |

Autres symptômes, précisez:

---

---

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

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Acné                                  | <input type="checkbox"/> Peau écaillée (kératose)                  |
| <input type="checkbox"/> Acouphènes                            | <input type="checkbox"/> Pellicules, excès de sébum (séborrhée)    |
| <input type="checkbox"/> Anémie                                | <input type="checkbox"/> Perte de cheveux                          |
| <input type="checkbox"/> Arthrite                              | <input type="checkbox"/> Pied d'athlète                            |
| <input type="checkbox"/> Cicatrisation lente                   | <input type="checkbox"/> Psoriasis                                 |
| <input type="checkbox"/> Dépigmentation de la peau (vitiligo)  | <input type="checkbox"/> Raideur des articulations                 |
| <input type="checkbox"/> Difficulté à voir le soir             | <input type="checkbox"/> Rhumatisme                                |
| <input type="checkbox"/> Difficulté à prendre du poids         | <input type="checkbox"/> Sécheresse de la bouche, du nez, des yeux |
| <input type="checkbox"/> Difficulté à perdre du poids          | <input type="checkbox"/> Sécheresse de la peau                     |
| <input type="checkbox"/> Doigts enflés et douloureux, le matin | <input type="checkbox"/> Tendinite, bursite                        |
| <input type="checkbox"/> Ecchymoses                            | <input type="checkbox"/> Troubles de l'ouïe                        |
| <input type="checkbox"/> Eczéma                                | <input type="checkbox"/> Ulcères dans la bouche                    |
| <input type="checkbox"/> Gencives qui saignent facilement      | <input type="checkbox"/> Urticaire                                 |
| <input type="checkbox"/> Mauvaise haleine                      | <input type="checkbox"/> Vertiges, étourdissements                 |
| <input type="checkbox"/> Migraines fréquentes                  |  |

... **Symptômes divers (suite)**

Autres symptômes, précisez:

---

---

**Symptômes reliés aux femmes (1-bénin, 2-fréquent, 3-sérieux)**

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Absence de menstruations (aménorrhée)  | <input type="checkbox"/> Pertes vaginales (pertes blanches)          |
| <input type="checkbox"/> Baisse ou perte de l'appétit sexuel    | <input type="checkbox"/> Pertes vaginales nauséabondes et purulentes |
| <input type="checkbox"/> Bouffées de chaleur                    | <input type="checkbox"/> Pilosité au visage                          |
| <input type="checkbox"/> Menstruations abondantes et prolongées | <input type="checkbox"/> SPM psychique (irritabilité, anxiété)       |
| <input type="checkbox"/> Menstruations douloureuses             | <input type="checkbox"/> SPM physique (seins douloureux, enflure)    |
| <input type="checkbox"/> Menstruations irrégulières             |  |

Autres symptômes, précisez:

---

---

**Symptômes reliés aux hommes (1-bénin, 2-fréquent, 3-sérieux)**

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Baisse ou perte de l'appétit sexuel | <input type="checkbox"/> Impuissance                                     |
| <input type="checkbox"/> Urine souvent la nuit               | <input type="checkbox"/> Sensation d'évacuation incomplète de l'intestin |
| <input type="checkbox"/> Érection douloureuse                | <input type="checkbox"/> Difficulté à uriner                             |
| <input type="checkbox"/> Hypertrophie bénigne de la prostate |  |

Autres symptômes, précisez:

---

---

**20. Cochez les aliments/boissons habituels pour chaque repas quotidien.**

**Déjeuner**

- |   |                                       |  |   |
|---|---------------------------------------|--|---|
| <input type="checkbox"/> Aucun                      | <input type="checkbox"/> Céréales     | <input type="checkbox"/> Substitut de lait | <input type="checkbox"/> Substitut de sucre |
| <input type="checkbox"/> Bacon/Saucisse             | <input type="checkbox"/> Confitures   | <input type="checkbox"/> Lait de vache     | <input type="checkbox"/> Sucre              |
| <input type="checkbox"/> Bagel                      | <input type="checkbox"/> Crème à café | <input type="checkbox"/> Margarine         | <input type="checkbox"/> Thé                |
| <input type="checkbox"/> Beigne                     | <input type="checkbox"/> Croissant    | <input type="checkbox"/> Muffins           | <input type="checkbox"/> Yogourt            |
| <input type="checkbox"/> Beurre                     | <input type="checkbox"/> Eau          | <input type="checkbox"/> Noix              | <input type="checkbox"/> Autres: _____      |
| <input type="checkbox"/> Beurre noisette & chocolat | <input type="checkbox"/> Fruits       | <input type="checkbox"/> Œufs              | _____                                       |
| <input type="checkbox"/> Boisson gazeuse            | <input type="checkbox"/> Gruau        | <input type="checkbox"/> Pain grillé       | _____                                       |
| <input type="checkbox"/> Café                       | <input type="checkbox"/> Jus          | <input type="checkbox"/> Son de blé        | _____                                       |

**Dîner**

- |   |  |   |   |
|---|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Aucun                | <input type="checkbox"/> Jus                   | <input type="checkbox"/> Patate, carottes     | <input type="checkbox"/> Salade de crudités   |
| <input type="checkbox"/> Beurre               | <input type="checkbox"/> Substitut de lait     | <input type="checkbox"/> Pâtes                | <input type="checkbox"/> Sandwich/charcuterie |
| <input type="checkbox"/> Boisson énergisante  | <input type="checkbox"/> Lait de vache         | <input type="checkbox"/> Pizza                | <input type="checkbox"/> Soupe                |
| <input type="checkbox"/> Boisson gazeuse      | <input type="checkbox"/> Laitue                | <input type="checkbox"/> Poisson              | <input type="checkbox"/> Substitut de sucre   |
| <input type="checkbox"/> Café                 | <input type="checkbox"/> Légumes jaunes, verts | <input type="checkbox"/> Poulet               | <input type="checkbox"/> Thé                  |
| <input type="checkbox"/> Condiments (Ketchup) | <input type="checkbox"/> Légumineuses          | <input type="checkbox"/> Réchauffé (restes)   | <input type="checkbox"/> Tofu                 |
| <input type="checkbox"/> Dessert              | <input type="checkbox"/> Margarine             | <input type="checkbox"/> Repas à la cafétéria | <input type="checkbox"/> Tomate               |
| <input type="checkbox"/> Eau                  | <input type="checkbox"/> Mayonnaise            | <input type="checkbox"/> Repas au restaurant  | <input type="checkbox"/> Viande rouge         |
| <input type="checkbox"/> Frites               | <input type="checkbox"/> Noix                  | <input type="checkbox"/> Repas congelés       | <input type="checkbox"/> Vinaigrette          |
| <input type="checkbox"/> Fromage              | <input type="checkbox"/> Œufs                  | <input type="checkbox"/> Riz blanc            | <input type="checkbox"/> Yogourt              |
| <input type="checkbox"/> Fruits               | <input type="checkbox"/> Œufs (quiche)         | <input type="checkbox"/> Riz brun             | <input type="checkbox"/> Autres: _____        |

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

**Souper**

- |   |  |   |   |
|---|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Aucun                | <input type="checkbox"/> Jus                   | <input type="checkbox"/> Patate, carottes     | <input type="checkbox"/> Salade de crudités   |
| <input type="checkbox"/> Beurre               | <input type="checkbox"/> Substitut de lait     | <input type="checkbox"/> Pâtes                | <input type="checkbox"/> Sandwich/charcuterie |
| <input type="checkbox"/> Boisson énergisante  | <input type="checkbox"/> Lait de vache         | <input type="checkbox"/> Pizza                | <input type="checkbox"/> Soupe                |
| <input type="checkbox"/> Boisson gazeuse      | <input type="checkbox"/> Laitue                | <input type="checkbox"/> Poisson              | <input type="checkbox"/> Substitut de sucre   |
| <input type="checkbox"/> Café                 | <input type="checkbox"/> Légumes jaunes, verts | <input type="checkbox"/> Poulet               | <input type="checkbox"/> Thé                  |
| <input type="checkbox"/> Condiments (Ketchup) | <input type="checkbox"/> Légumineuses          | <input type="checkbox"/> Réchauffé (restes)   | <input type="checkbox"/> Tofu                 |
| <input type="checkbox"/> Dessert              | <input type="checkbox"/> Margarine             | <input type="checkbox"/> Repas à la cafétéria | <input type="checkbox"/> Tomate               |
| <input type="checkbox"/> Eau                  | <input type="checkbox"/> Mayonnaise            | <input type="checkbox"/> Repas au restaurant  | <input type="checkbox"/> Viande rouge         |
| <input type="checkbox"/> Frites               | <input type="checkbox"/> Noix                  | <input type="checkbox"/> Repas congelés       | <input type="checkbox"/> Vinaigrette          |
| <input type="checkbox"/> Fromage              | <input type="checkbox"/> Œufs                  | <input type="checkbox"/> Riz blanc            | <input type="checkbox"/> Yogourt              |
| <input type="checkbox"/> Fruits               | <input type="checkbox"/> Œufs (quiche)         | <input type="checkbox"/> Riz brun             | <input type="checkbox"/> Autres: _____        |

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

- |                                    |                                    |                    |
|------------------------------------|------------------------------------|--------------------|
| Aliments salés (croustilles) _____ | Café décaféiné _____               | Crème glacée _____ |
| Boissons énergisantes _____        | Chocolat _____                     | Friandises _____   |
| Boissons gazeuses _____            | Chocolat chaud _____               | Thé _____          |
| Café _____                         | Pain blanc (Croissant/bagel) _____ |                    |

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

**Si oui, indiquez laquelle.**

- |                                     |   |  |
|-------------------------------------|---|--|
| <input type="checkbox"/> Ovo-lacto  | <input type="checkbox"/> Sans produit laitier | <input type="checkbox"/> Végétalienne            |
| <input type="checkbox"/> Diabétique | <input type="checkbox"/> Végétarienne         | <input type="checkbox"/> 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?  Oui  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: \_\_\_\_\_