

BILAN DE SANTÉ



RENSEIGNEMENTS PERSONNELS

Nom : _____ Prénom : _____

Adresse : _____ Ville : _____

Code postal : _____ Téléphone : _____

Cellulaire : _____ Courriel : _____

Médecin de famille : _____

RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX

Vous devez répondre en toute franchise et au mieux de vos capacités.

Préciser les dates et les détails, si une réponse est positive.

1. Souffrez-vous de diabète? OUI NON

Si oui, de quel type? _____

2. Un médecin vous a-t-il diagnostiqué une insuffisance rénale? OUI NON

3. Un médecin vous a-t-il diagnostiqué un problème hépatique? OUI NON

4. Un médecin vous a-t-il diagnostiqué un problème de thyroïde? OUI NON

Si oui, lequel? _____

5. Un médecin vous a-t-il diagnostiqué un problème nerveux? (migraines, crises d'angoisse, dépression, boulimie, anorexie, schizophrénie, ou toute autre maladie mentale ou antécédents) OUI NON

Si oui, le ou lesquels? _____

6. Un médecin vous a-t-il diagnostiqué un problème de pression? OUI NON

Si oui, de basse ou de haute pression? _____

BILAN DE SANTÉ



7. Un médecin vous a-t-il diagnostiqué un problème ovarien? OUI NON

Si oui, lequel? _____

8. Un spécialiste de la santé vous a-t-il diagnostiqué une allergie alimentaire? OUI NON

Si oui, le ou lesquels? _____

9. Souffrez-vous d'une ou de plusieurs intolérances alimentaires? OUI NON

Si oui, la ou lesquelles et pourquoi? Est-ce que votre intolérance a été diagnostiquée par un professionnel de la santé?

10. Souffrez-vous de troubles de digestions (côlon irritable, maladie de Crohn, colites, diarrhées fréquentes, diverticules, constipations, brûlements d'estomac, etc.)? OUI NON

11. Souffrez-vous d'un cancer ou êtes-vous en rémission d'un cancer? OUI NON

Si oui, de quel type et depuis combien de temps est-ce diagnostiqué présent ou en rémission?

12. Êtes-vous enceinte ou en période d'allaitement? OUI NON

13. Avez-vous subi une ou des opérations au cours de votre vie? OUI NON

Si oui, décrire brièvement et les situer dans le temps?

BILAN DE SANTÉ



14. Prenez-vous des médicaments? OUI NON

Si oui, le ou lesquels et pour quelles raisons? _____

15. Prenez-vous des produits de santé naturels? OUI NON

Si oui, le ou lesquels et pour quelles raisons? _____

16. Avez-vous d'autres informations sur votre santé à nous communiquer?

RENSEIGNEMENTS GÉNÉRAUX

1. Pratiquez-vous un sport ou une activité physique? OUI NON

2. Nommez la ou les activités pratiquées ainsi que leur fréquence moyenne:

3. Avez-vous un travail de type sédentaire ou davantage physique? Estimer votre activité physique au travail avec une brève description.

BILAN DE SANTÉ



4. Avez-vous déjà suivi un régime ou une diète particulière par le passé? OUI NON

Si oui, nommez les diètes ou méthodes suivies et la période approximative durant laquelle vous avez les avez suivis.

Pour chaque diète suivie par le passé, détaillez les résultats obtenus.

Détaillez les difficultés vécues face aux différents régimes suivis par le passé.

Si vous avez répondu oui à une ou plusieurs questions au niveau médical, nous vous conseillons de faire un suivi régulier auprès de votre médecin de famille ou d'un praticien de la santé.

Conseiller : _____ Client : _____

Date : _____ Lieu : _____