

Formulaire d'inscription - Adultes

Nous vous demandons respectueusement de remplir ce formulaire avant d'arriver à votre rendez-vous.

Prenez le temps de bien réfléchir et soyez honnête en répondant au questionnaire afin de permettre nos médecins de bien saisir votre état de santé et de personnaliser vos besoins en matière de santé.

Nom : _____ Date : _____

Adresse : _____ Ville : _____

Province : _____ Code Postal : _____ Numéro Ass. Maladie NB : _____

Téléphone (domicile) : _____ (travail) : _____ (cellulaire) : _____

Adresse électronique (info sur les traitements, bulletins d'info, etc.) : _____

Quel est votre moyen de communication préféré pour vous rappeler de vos rendez-vous (encercler un)?

courrier électronique ou téléphone

Quelle est votre langue préférée pour communiquer lors de vos consultations en clinique (encercler un)?

Anglais ou Français

Âge : _____ Date de naissance : _____ Sexe : fém. ___ masc. ___

Marié(e) : ___ Séparé(e) : ___ Divorcé(e) : ___ Veuf/Veuve: ___ Célib. : ___ Partenaire : _____

Occupation: _____ Heures par sem : _____ Retraité(e) : _____

Employeur: _____

Comment avez-vous entendu parler de notre clinique ? (*encercler et soyez spécifique*)

Personne - nom(s): _____, Pages Jaune (annuaire imprimé /en ligne),

Internet (Google, site web de notre clinique, Facebook, autres: _____),

Autres: _____.

Est-ce qu'un autre membre de votre famille a déjà été un patient de notre clinique? _____

Le plus proche parent ou autre en cas d'urgence : _____

Lien de parenté : _____ Téléphone: _____

Est-ce que vous recevez présentement des soins de santé ? O N

Si oui, où et par qui : _____

Si non, quand et où avez-vous reçu des soins médicaux ou soins de santé la dernière fois ? _____

Pour quelle raison ? _____

En remplissant le formulaire, notez que:

O=condition qui existe maintenant

N=Jamais existé

P=Problème important dans le passé

RÉVISION DU CONTEXTE DES SOINS

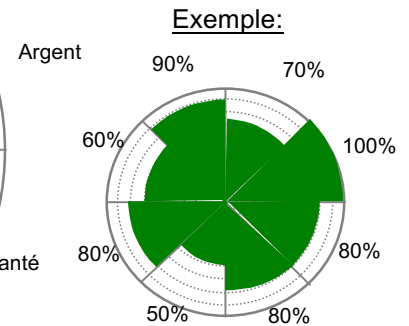
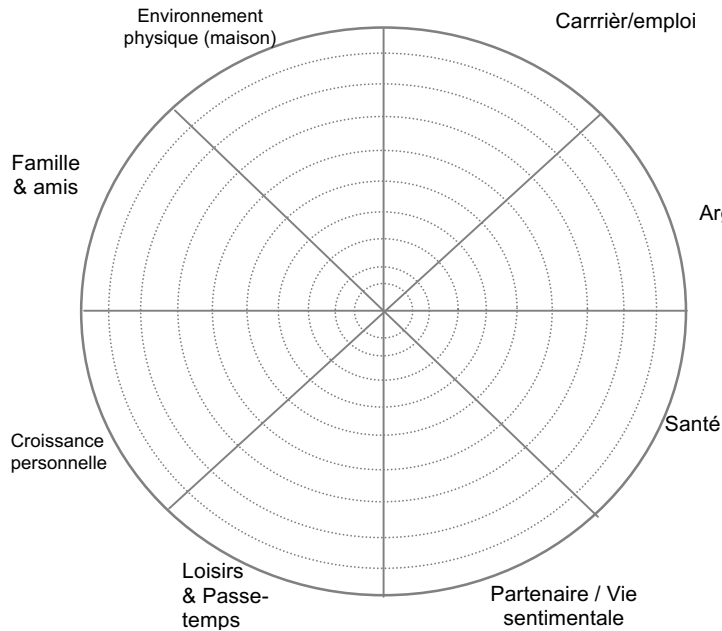
- 1) Pourquoi avez-vous choisi de venir à cette clinique ?
- 2) Que savez-vous de notre approche ?
- 3) Quelles sont les 3 attentes que vous avez concernant cette visite-ci?
 - 1.
 - 2.
 - 3.
- 4) Quelles attentes à long terme avez-vous en travaillant avec notre clinique ?
- 5) Quelles attentes avez-vous de moi personnellement en tant que votre médecin ?
- 6) Quel est votre présent niveau d'engagement pour remédier aux causes sous-jacentes de vos signes et symptômes reliés à votre mode de vie ? (Évaluez de 0 to 10, 10 étant un engagement à 100%)
0% 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 100%
- 7) Quels comportements ou habitudes reliés à votre mode de vie avez-vous présentement qui selon vous contribuent à votre santé ? (dressez la liste SVP)
- 8) Quels comportements ou habitudes reliés à votre mode de vie avez-vous présentement qui selon vous sont autodestructifs ? (dressez la liste SVP)
- 9) Quels sont les obstacles potentiels que vous prévoyez rencontrer en travaillant sur les facteurs de votre mode de vie qui détruisent votre santé et en adhérant aux protocoles thérapeutiques que nous allons partager avec vous ?
- 10) Connaissez-vous quelqu'un qui vous apportera un support sincère et consistant dans tous les changements que vous ferez vers un mode de vie bénéfique ? _____.
- 11) Quelles sont **vos principales inquiétudes au sujet de votre santé** ? Nommez-les par ordre d'importance:
 1. _____ début: _____
 2. _____ début: _____
 3. _____ début: _____
 4. _____ début: _____
 5. _____ onset: _____
 6. _____ onset: _____
 7. _____ début: _____
 8. _____ début: _____
 9. _____ début: _____

Roue d'équilibre

Le bien-être est un équilibre de plusieurs facteurs. Dans le cercle, noircissez votre niveau de satisfaction dans chacune des sections s'appliquant à vous.

Par exemple, si vous êtes très heureux dans votre carrière, noircissez cette section en entier.

Faites de même pour chaque section, débutant au centre, et irradiant vers l'extérieur.



Général

Taille: _____ Poids: _____ lb. Poids 1 an passé: _____ lb.
 Poids maximum: _____ quand: _____ Quel est votre poids idéal ? _____

Antécédents familiaux (veuillez encercler)

Maladies cardiovasculaires: tension haute, accident vasculaire, maladie cardiaque, autre _____.

Maladies auto-immunes: polyarthrite rhumatoïde, coeliaque, thyroïdite de Hashimoto, autre: _____.

Maladie mentale, l'Asthme, Allergies, Eczéma, Psoriasis, Vitiligo.

Cancer - écrire tous les types et noter votre relation avec cette personne: mère (M), père (F), frère/soeur (S), enfant (C), grands-parents maternels (MG), grands-parents paternels (PG), autres (O): _____

Autre antécédent familial pertinent : _____

Hospitalisation, chirurgie, Imagerie

Quelles hospitalisations, chirurgies, radiographies, CAT Scans, EEG, ECG/EKG, etc. avez-vous subi ?

_____ année: _____ année: _____
 _____ année: _____ année: _____
 _____ année: _____ année: _____

Allergies - Souffrez-vous d'hypersensitivité ou d'allergie à ...

Des médicaments? _____ Des aliments? _____

L'environnement ou produits chimiques? _____

Des réactions anaphylactiques? _____

Médicaments actuels

Veuillez énumérer **tous** les médicaments par ordonnance (Rx), médicaments sans ordonnance (e.g. analgésiques), vitamines ou autres suppléments que vous prenez (s.v.p. donnez les dosages et utilisez une page additionnelle si nécessaire) :

- | | |
|----------|----------|
| 1) _____ | 5) _____ |
| 2) _____ | 6) _____ |
| 3) _____ | 7) _____ |
| 4) _____ | 8) _____ |

Si c'est le cas, notez les suppléments naturels...:

que vous avez réagi à une manière négative: _____

que vous avez essayé et n'ont pas été efficaces: _____

Apport alimentaire typique

Déjeuner/Petit-déjeuner: _____

Dîner/Déjeuner: _____

Souper/Dîner: _____

Collations: _____

Desserts, friandises, malbouffe: _____

Consommation d'eau (encercler): faible, adéquates (~ 8 tasses), au-delà de.

Provenance de l'eau (encercler): robinet, filtrée, puits, source, minérale, distillée, osmose inverse, autre.

Autres breuvages: _____

Alcool (# de verres par jour ou semaine): _____ Café (# 6oz tasses par jour ou semaine): _____

Cola/autres sodas (# de canette ou ml - par jour ou par semaine): _____

Avez-vous un bon **appétit** (encercler)? non, parfois, oui, faim excessive.

Type de '**cravings/fringales** (encercler)?: sucre (chocolat, bonbons, desserts, autre: _____), salé (ajouter du sel à la nourriture, chips, autre: _____), à base de grains (pain, pâtes, pâtisseries, autre: _____), condiments: _____, tabac, alcool, café, pop, Redbull, autre: _____.

Sautez-vous des **repas**? jamais, parfois, souvent. Si oui, lesquels (encercler): déjeuner, diner(midi), souper

Asseyez-vous et prenez-vous votre temps pour manger? O N

ou mangez-vous plutôt de petites collations tout au long de la journée? O N

Mangez-vous tout en faisant d'autres choses? O N

Cuisinez-vous vos propres repas (encercler)? jamais, parfois, souvent, presque toujours.

Y at-il des aliments que vous ne digérez pas bien et cause divers symptômes? expliquer: _____.

Régime alimentaire spécifique (encercler)?: religieux, végétarien, végétalien, WW, SFL, autre: _____.

Restriction alimentaire (encercler)?: sel, produits laitiers (lactose, caséine), gluten, blé, œuf, soja, autres.

Gastro-intestinal

Selles: Fréquence ? _____		Brûlure d'estomac?	O N P
Constipation?	O N P	Régurgitations acides?	O N P
Hémorroïdes?	O N P	Douleurs abdominales?	O N P
Diarrhée?	O N P	Crampes abdominales?	O N P
Nausée?	O N P	Éructation?	O N P
Selles noires?	O N P	Mauvaise haleine?	O N P
Sang dans les selles?	O N P	Passage de gaz (flatulences)?	O N P
Mucus dans les selles (décharge gélatineux)?	O N P	Ballonnements de l'abdomen?	O N P
Stéatose hépatique (graisse au foie)?	O N P	Vésicule biliaire enlevée?	O N
Inflammation du foie (hépatite)?	O N P	Calculs biliaires?	O N P
Antiacide (Tums, etc)?	O N P	Laxatifs	O N P

Date de dernière Rx d'**antibiotiques**: _____, # de Rx d'antibiotiques dans dernières 5ans: _____
approximative de Rx d'antibiotiques dans l'enfance (0-5 ans): _____.

Comme nouveau-né: **allaités au sein**? O N si oui, pour combien de temps? : _____.

Voyager fréquemment à l'extérieur du Canada / Etats-Unis / Europe? O N
si oui, avez-vous été malade (diarrhée, etc) O N, expliquer _____.

Sommeil

Bon sommeil? toujours, parfois, rarement, jamais. Idéal # d'heures de sommeil par nuit? _____.

Prenez-vous des Rx somnifères? O N Prenez-vous des siestes? O, parfois, N. Apnée du sommeil? O N P

Difficulté à t'endormir? O, parfois, N A quelle heure endormez-vous?: _____

Réveillez-vous pendant la nuit? O N, si oui, à quelle heure(s)? et pourquoi? _____

A quelle heure êtes vous réveillez le matin?: _____ Sentez-vous reposé(e) au réveil? O N

Évitez-vous la caféine car il vous empêche de dormir? O N P

Répondez-vous à votre téléphone cellulaire pendant la nuit? O N

Évaluation des risques de toxicité

Avez-vous déjà été exposé à des substances toxiques comme: pesticides, herbicides, solvants, aérosols, peintures, métaux lourds, pétrole, etc (au travail, à la maison, les loisirs, etc)? Si oui, liste et donner des détails: _____.

d'amalgame dentaires (mercure/argent): _____

Consommation de gros poissons (# par/semaine; thon par ex.): _____.

Utilisez-vous du tabac? O N P Utilisez-vous des drogues récréatives? O N P

si oui, entre quelles années avez-vous fumé (par exemple de 1992 à 2010 ou 1970-présent): _____

combien de cigarettes ou de paquets par jour avez-vous fumé? _____

Consommez-vous des sucres artificiels (encercler)?: Nutrasweet, aspartame, autre: _____

Habitudes

Intérêts principaux et passe-temps (qu'est-ce que vous faites pour le plaisir)? _____

Faites-vous de l'exercice? O N

si oui, quel genre? _____ fréquence(#/jour or semaine)? _____

A quelle heure durant le jour avez-vous la meilleure énergie? _____ pire? _____

lorsque votre énergie est la plus faible, comment bas est-il de 0-10 (10 étant la meilleure)?: _____

avez-vous une faible tolérance à l'exercice (i.e. sentez fatigué durant, après, ou le lendemain)? O N

Avez-vous une pratique religieuse/spirituelle? O N, si oui, laquelle? _____

Aimez-vous votre travail? O N Prenez-vous des vacances? O N

Passez-vous du temps à l'extérieur? O N Antécédents d'abus? O N

Regarder la télévision? O N heures/jour? _____ Traumas majeurs? O N P

Temps devant l'écran d'ordinateur en dehors du travail? O N si oui combien d'heures / jour? _____

Mental / Émotionnel

Problèmes émotionnels traités? O N P Dépression? O N P

Sautes d'humeur? O N P Anxiété/nervosité? O N P

Suicide considéré/tenté? O N P Facilement stressé(e)? O N P

Qu'est-ce qui vous cause le plus de stress dans la vie?: _____

Comment gérez-vous le stress?: _____

Immun/ Respiratoire

Infections récurrentes? O N P Réactions à des vaccins? O N P

Souvent infectés par rhume/grippe? O N P Sueurs nocturnes? O N P

Hypertrophie des ganglions au cou? O N P Cicatrisation/guérison lente? O N P

Allergies saisonnières? O N P Congestion nasale? O N P

Problèmes de sinus? O N P Mal de gorge fréquent? O N P

Asthme? O N P Difficulté respiratoire? O N P

Avez-vous une maladie contagieuse? O N Production de flegme? (couleur: _____) O N

si oui, laquelle? _____ Pneumonie? O N P

Endocrinien

Hypothyroïdie? O N P Intolérance à la chaleur? O N P

Goitre? O N P Intolérance au froid? O N P

Soif excessive? O N P Faim excessive? O N P

Hypoglycémie (sucre diminué-sang)? O N P Diabète? O N P

Baisse de libido? O N P Perte de cheveux? O N P

Neurologique

Convulsions? O N P Paralysie? O N P

Faiblesse musculaire? O N P Engourdissement/picotement? O N P

Problèmes de mémoire? O N P Manque de concentration? O N P

Vertiges ou étourdissements? O N P Perte d'équilibre? O N P

Musculo-squelettique

Douleur articulaire?	O N P	Densité osseuse diminuée?	O N P
Raideur articulaire?	O N P	Sciatique?	O N P
Crampes musculaires?	O N P	Douleur musculaires?	O N P

Peau

Éruptions?	O N P	Eczéma ?	O N P
Acné?	O N P	Démangeaison?	O N P
Bosses?	O N P	Peau sèche?	O N P

Urinaire

Douleur à l'urination?	O N P	Urination fréquente le jour?	O N P
Impossibilité de retenir l'urine?	O N P	Urination fréquente dans la nuit?	O N P
Infections urinaires fréquentes?	O N P	Calculs aux reins?	O N P

Tête

Maux de tête?	O N P	Traumatisme à la tête?	O N P
Migraines?	O N P	Problèmes aux mâchoires/ATM	O N P
Atteinte de la vue?	O N P	Yeux secs	O N P
Atteinte de l'ouïe?	O N P	Tintements d'oreilles?	O N P
Grincement des dents?	O N P	Enrouement (de la voix)?	O N P
Problèmes de gencives?	O N P	Caries dentaires?	O N P

Cardiovasculaire / Vasculaire

Tension sanguine élevée?	O N P	Palpitations/battements rapides?	O N P
Tension sanguine basse?	O N P	Chevilles/mollet enflées?	O N P
Tendance aux saignements?	O N P	Anémie?	O N P
Tendance aux bleus?	O N P	Mains froids?	O N P
Varices?	O N P	Pieds froids?	O N P

Reproducteur mâle

Maladie de la prostate?	O N P	Impotence?	O N P
Maladies sexuellement transmissibles?	O N P	Éjaculation précoce?	O N P
Êtes-vous sexuellement actif?	O N	Orientation sexuelle: _____	
Contrôle des naissances? Type? _____			

Reproducteur femelle / Seins

Âge des premières règles? _____		Date dernier ex. annuel/ PAP _____	
Âge des dernières règles? (si ménopausée) _____		Les cycles sont-ils réguliers?	O N
Durée du cycle (moyenne = 28 jours)? _____ jours		Saignement entre les cycles?	O N P
Durée des règles (saignement)? _____ jours		Douleur pendant les relations?	O N P
Règles douloureuses?	O N P	Caillots sanguins (durant les règles)?	O N P
Flot important/excessif?	O N P	Écoulement?	O N P
# de jours avec règles abondantes: _____		Difficulté à tomber enceinte?	O N P
tampons/serviettes hygiéniques - # / heure(s): _____		Contrôle des naissances?	O N P
SPM (PMS)?	O N P	quel type? _____	
si oui, quels sont vos symptômes?		Quantité de grossesses: _____	
_____		Quantité de naissances vivantes: _____	
_____		Quantité de fausses couches: _____	
Endométriose?	O N P	Quantité d'avortements: _____	
Kystes ovariens?	O N P	Symptômes de ménopause?	O N P
Dysplasie cervicale?	O N P	PAP anormal?	O N P
Difficultés sexuelles?	O N P	Êtes-vous sexuellement active?	O N
Maladies sexuellement transmissibles?	O N P	Orientation sexuelle: _____	
Auto-examen des seins?	O N P	Bosses aux seins?	O N P
Douleur/sensibilité des seins?	O N P	Écoulement des mamelons?	O N P

Est-ce qu'il y a autre chose que vous voudriez ajouter ou faire un commentaire (utilisez une page additionnelle si nécessaire)

Merci pour votre temps et vos efforts. Notre équipe désire vous procurer les meilleurs soins possibles.

Déclaration et consentement éclairé pour des soins naturopathiques

Dr Martin Gleixner profite de cette occasion pour vous souhaiter la bienvenue. Comme médecin naturopathique, il fera une analyse de cas détaillée ainsi qu'un examen physique et il peut recommander des examens spécifiques sanguins, urinaires, et tout autre rapport de laboratoire faisant partie du bilan de traitement. Dr Gleixner incorpore des thérapies de support, telles que la nutrition, la phytothérapie, l'homéopathie, l'acupuncture, la médecine physique et des conseils sur le mode vie afin d'aider le corps dans ses aptitudes à se guérir et pour améliorer la qualité de vie et la santé.

Accusé de réception

Nom de patient(e) imprimé : _____

Comme patient(e) du Dr Gleixner, j'ai pris connaissance de l'information et je comprends que le mode de soins de santé est basé sur les principes et pratiques de la naturopathie et d'autres pratiques de soutien. Je reconnais que même les thérapies les plus douces ont un potentiel de complications. L'information que j'ai donnée au Dr Gleixner est complète et inclut tout ce qui concerne ma santé, incluant la possibilité de grossesse et tous les médicaments actuels, incluant ceux sans ordonnance. De légers risques pour la santé de certains traitements naturopathiques incluent, mais ne sont pas limités, à :

- Aggravation temporaire de certains symptômes pré-existants ;
- Réactions allergiques ou autres effets secondaires aux suppléments, remèdes homéopathiques ou herbes; et
- Douleur, évanouissement, ecchymose ou traumatisme de l'acupuncture ou des injections intramusculaires et/ou par voie intraveineuse.

Je reconnais aussi que :

- J'aurai l'occasion de discuter et consentir à tout plan de traitement.
- Tout traitement ou conseil que je reçois comme patient(e) du Dr Gleixner **n'est pas mutuellement exclusif** de tout traitement que je reçois maintenant ou que je pourrais recevoir dans l'avenir d'un autre dispensateur de soins de santé autorisé. Je suis libre de rechercher ou continuer de recevoir des soins de santé d'un docteur en médecine ou tout autre dispensateur de soins de santé. Il est hautement recommandé que je mette à jour mes dispensateurs de soins de santé concernant tous les nouveaux traitements reçus.
- De plus, je confirme avoir le droit d'accepter ou de rejeter ces soins de mon propre gré et selon mon choix. Je comprends que les résultats ne sont pas garantis. J'accepte l'entière responsabilité de tous les frais encourus au cours des soins et des traitements.
- Je reconnais qu'un dossier de mes visites sera conservé. Ce dossier sera gardé de façon confidentielle et **ne sera pas divulgué** sans mon consentement. Je comprends qu'il m'est possible de visionner mon dossier médical en tout temps et qu'il m'est possible d'en demander une copie.
- Je suis responsable pour le **paiement des services dès que je les reçois**. Les articles du dispensaire doivent être payés en entier avant de quitter le bureau.
- Je suis conscient(e) que je dois donner un **avis 24 heures à l'avance** pour annuler un rendez-vous, sans quoi des **frais d'annuleme**nt seront appliqués.
- Je reconnais que le Dr Gleixner se réserve le droit de déterminer les cas qui sont en dehors de son champ de pratique, dans lequel cas une **référence appropriée sera recommandée**.
- J'ai lu et compris la **Politique de confidentialité** qui est disponible sur le site web du Dr Gleixner au www.monctonnaturopathic.com (voir Formulaires).

Je consens à recevoir des traitements naturopathiques du Dr Martin Gleixner. Je reconnais que ce consentement est volontaire et peut être révoqué en tout temps.

Signature du/de la patient(e) ou gardien(ne): _____ Date: _____