



Fiche de renseignements confidentiels du ITH

Nom :

Prénom :

Téléphone :

Courriel :

En activité Prof

Sans activité Prof

Retraité

Taille : Poids : Age :

ANTECEDENT MEDICAUX

Antécédent cardiaque OUI NON

Diabète OUI NON

Type 1 type2 Equilibré OUI NON Glycémie :

Cholestérol OUI NON

Cancer OUI NON Si oui :

Autres Maladie ? OUI NON précisez :

Antécédents familiaux :

Maladies infantiles contractées :

Antécédents médicaux :

Antécédents chirurgicaux :

Allergies :

Intolérances médicamenteuses :

Traitements réguliers :
.....
.....

ÊTES VOUS OU AVEZ-VOUS ÉTÉ VICTIME DES AFFECTIONS SUIVANTES :

- Asthme problème respiratoire
- Brûlures
- Accidents graves
- Toux chronique
- Problème de peau
- Maux de tête fréquents précisez :
- Anxiété
- Dépression
- Perte de poids inexpliquée précisez : année :
- Maux de ventre fréquents précisez :
- Prise de poids précisez : année :
- Problème digestif
- Problème de vessie
- Problème des os ou des articulations précisez : année :
- Problème auditif
- Problème dentaire précisez :
- Problème ophtalmique précisez :
- Saignements de nez fréquents précisez :
- Autres précisez :
- Aucun

HABITUDES

- Fumez-vous ? OUI NON
- Nombre de cigarettes/jour ?
- Depuis combien de temps ?
- Suivez-vous un régime alimentaire ? OUI NON
- Prenez-vous des vitamines ou et des compléments nutritionnels ? OUI NON
- Hydratation quotidienne : précisez-la quantité /jour ?

Chaud Froid avec glaçons température ambiante

Pratiquez -vous une activité ?

Loisir précisez :

Sportive précisez :

Relaxation précisez :

Vous accordez-vous régulièrement des séances de Massothérapie ?

OUI NON

Si oui, à quelle fréquence ?

Mois : Saison : Année :

Avez-vous des opérations chirurgicales ou problèmes physique récents à nous signaler ?

.....
.....
.....

Complémentaire pour les femmes

À quel âge avez-vous été réglée ?

Avez-vous des cycles réguliers ? (28 jours) OUI NON

Absence de règle OUI NON

Ménopause OUI NON

Utilisez-vous un moyen de contraception ?

Pilule Stérilet Préservatif Autre :

Êtes-vous enceinte ?

OUI NON

Si non, essayez-vous de le devenir ?

OUI NON

Nombre de grossesses ? Nbr fille : Nbr garçon : Adoption

grossesse gémellaire

Avez- vous eu des problèmes gynécologiques ?

OUI NON Précisez :

Avez- vous déjà effectué un test de PH urinaire ?

OUI NON Résultat : Période :

Je soussigné(e) Mme, Mlle, M. certifie sur l'honneur avoir communiqué tous les éléments sur mon état de santé incompatibles avec les soins qui me seraient donnés par La Main de Marielle. En cas de doute, je décharge la praticienne et l'établissement dans lequel j'ai pu recevoir les soins de toute responsabilité et m'engage à respecter les contre-indications signalées par cette dernière.

À
Le

Signature :

Besoins clients lors du rendez-vous (espace réservé à la praticienne) :

.....
.....
.....
.....
.....

Avis client fin de soin :  (coloriez le nombre d'étoiles)
Ou notez sur le profil Google de l'Institut Traditionnel Holistique

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....