

6000- FORMULAIRE DE CONSULTATION



Nom: _____	Date: _____
Adresse: _____	
Ville: _____	Code Postal: _____
Date de Naissance: _____	Adresse Courriel: _____
Téléphone Maison: _____	Téléphone Travail: _____
Contact en cas d'Urgence: _____	Téléphone: _____
Nom du médecin et téléphone: _____	

Etat Civil: _____ Nom du Conjoint(e): _____
Avez-vous des enfants? Si oui, combien/noms: _____
Dans quelles activités vos enfants sont-ils impliqués? _____

Conditions Médicales Existantes – Prière de cocher toutes les conditions que vous pourriez avoir:

<input type="checkbox"/> Diabète	<input type="checkbox"/> Grossesse
<input type="checkbox"/> Asthme	<input type="checkbox"/> Arthrite
<input type="checkbox"/> Maladie Cardiaque	<input type="checkbox"/> Obésité
<input type="checkbox"/> Epilepsie	<input type="checkbox"/> Cholestérol
<input type="checkbox"/> Hernie	<input type="checkbox"/> Problèmes Oculaires
<input type="checkbox"/> Ulcère	<input type="checkbox"/> Problèmes Glande Thyroïde
<input type="checkbox"/> Perte Auditive	<input type="checkbox"/> Autres: _____

Prenez-vous actuellement des médicaments, soit sur ordonnance ou en vente libre, sur une base régulière? Si oui, prière d'énumérer les médicaments et pour quelles conditions. _____
De plus, indiquer si le médicament affecte votre capacité à faire de l'exercice ou d'atteindre vos objectifs de conditionnement.

BLESSURES

Avez-vous des douleurs, ou avez-vous blessés, l'un des endroits suivants?

<input type="checkbox"/> Cou	<input type="checkbox"/> Poignet G/D
<input type="checkbox"/> Epaule G/D	<input type="checkbox"/> Hanche G/D
<input type="checkbox"/> Haut du Dos	<input type="checkbox"/> Genou G/D
<input type="checkbox"/> Bas du Dos	<input type="checkbox"/> Cheville G/D
<input type="checkbox"/> Coude G/D	<input type="checkbox"/> Autre: _____

MODE DE VIE

Fumez-vous? O N Si oui, depuis combien de temps? _____
Voulez-vous arrêter? O N

Buvez-vous? O N Si oui, socialement? O N

Prenez vous des vitamines? O N Si oui, lesquelles? _____

Avez-vous des allergies? O N Si oui, lesquelles? _____

Quelles sont vos heures de travail? _____



Avez-vous compléter le profil de bien-être? O N
Si oui... y avait-il des surprises? _____

Quel est votre objectif? _____
Que voulez-vous atteindre avec notre aide? _____

ACTIVITE PHYSIQUE

Etes-vous actuellement actif? O N
Si oui, que faites vous? _____
Combien de fois? _____
Si non, pourquoi pas? _____
Quel est le principal obstacle? (temps, motivation, manque de connaissance, support à la maison, blessure/maladie, manque d'intérêt) _____

Avez-vous un abonnement dans un centre de conditionnement? O N
Où? _____ L'utilisez-vous et combien de fois? _____
Trouvez-vous des périodes durant l'année qui sont plus difficiles de s'entraîner et pourquoi? _____

Avez-vous de l'équipement à la maison? O N
Si oui, lequel(s)? _____
Quelle activité aimez-vous faire? (N'a pas besoin d'être liés à un centre ou aux sports, incorporer le jardinage, la marche, la randonnée, temps avec les enfants, etc) _____

Que percevez-vous comme étant vos faiblesses? (ie. Respiration, résistance, équilibre, etc): _____

(Ce sont toutes des faiblesses pouvant être améliorés avec un peu d'engagement!)

Quel serait un montant de temps réalistique que vous pouvez accordés à l'exercice? _____
(Penser à de petites étapes. Ça pourrait être 2 jours/semaine/10 minutes....Un peu est mieux que rien et la consistance est la clé! Vous pouvez toujours y ajouter!)

REVISION DE LA NUTRITION

Déjeûners vous? O N Si oui, quoi? _____
Que buvez-vous? O N Si oui, quoi? _____
Mangez-vous des collations? O N Si oui, laquelle? _____
Buvez-vous du café? O N Si oui, combien? _____
Que mangez-vous normalement dans une journée? Que consommez-vous?
Déjeûner: _____
Collation: _____
Dîner: _____
Collation: _____
Souper: _____
Autre, incluant collations, boisson, etc. _____
Mangez-vous du blé entier ou blanc? O N Si oui, lequel? _____
Mangez-vous des viandes? O N Si oui, principalement laquelle? _____
Mangez-vous du poisson? O N Si oui, combien de fois par semaine? _____
Prenez-vous des suppléments? O N Si oui, lesquels? _____

Quel est votre faiblesse? (ie. manger devant la télé? taille des portions? sucré ou salé? manger dans l'auto? Dites nous vos démons, car cela nous permet de savoir que vous êtes aussi humain) _____

STRESS

Comment est votre niveau de stress? _____

Quel est la cause de votre stress? _____

Avez-vous des mécanismes d'adaptation que vous utilisez lorsque vous êtes stressé? O N

Si oui, lesquels? _____

Lisez-vous? O N

Avez-vous un réseau étroit de personnes avec qui vous pouvez communiquer? O N

Si oui, qui? _____

SOMMEIL

Combien d'heures dormez-vous la nuit? _____ Est-il profond? _____

Vous endormez-vous facilement? O N

Si vous vous réveillez durant la nuit, vous rendormez-vous facilement? O N

Vous sentez-vous reposé lorsque vous vous réveillez? O N

Lequel faites vous avant le coucher? (encercler un ou énumérer tout autre)

- lecture, regarder la télé, écouter de la musique, bain, autre: _____

Si vous vous réveillez au milieu de la nuit, qu'est ce qui vous réveille? (encercler un ou énumérer tout autre)

- stress, salle de bain, enfants, autre: _____

BUTS

Que désirez-vous amélioré dans votre mode de vie actuel? (Diminuer les risques de santé, perdre du poids, commencer à s'entraîner, mieux manger, dormir plus, etc.) _____

Indiquer vos objectifs et quand vous désirez les atteindre (les aider à établir des "objectifs SMART"): _____

Quels sont les obstacles que vous sentez qui pourraient empêcher votre progression vers la réalisation de vos objectifs? _____

Enumérer des moyens pour pouvoir surmonter ces obstacles: _____

Une fois que vous aurez accomplis vos objectifs, comment pensez-vous que vous vous sentirez et pourquoi? _____