

## Demande de consultation

Décrire brièvement les motifs de la demande de consultation :

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

Ville : \_\_\_\_\_ Code Postal : \_\_\_\_\_

Téléphone : \_\_\_\_\_ Cellulaire : \_\_\_\_\_

Courriel : \_\_\_\_\_ DDN : \_\_\_\_\_ AGE : \_\_\_\_\_

Occupation : \_\_\_\_\_ État civil : \_\_\_\_\_ depuis : \_\_\_\_\_

Enfants : nombre/nom/âge \_\_\_\_\_ Rang de famille : frère/sœur \_\_\_\_\_

Relation mère : \_\_\_\_\_ Relations père : \_\_\_\_\_

### **Souffrez-vous de:**

(s.v.p. cochez la case appropriée)

- |  |  |   |   |
|--|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Arthrose        | <input type="checkbox"/> Dir. musculaire | <input type="checkbox"/> Hypertension   | <input type="checkbox"/> Maux de dos          |
| <input type="checkbox"/> Arthrite        | <input type="checkbox"/> Épilepsie       | <input type="checkbox"/> Hyperthyroïdie | <input type="checkbox"/> Ostéoporose          |
| <input type="checkbox"/> Artériosclérose | <input type="checkbox"/> Épuisement      | <input type="checkbox"/> Hypoglycémie   | <input type="checkbox"/> Phlébite             |
| <input type="checkbox"/> Asthme          | <input type="checkbox"/> Fatigue         | <input type="checkbox"/> Hypotension    | <input type="checkbox"/> Rhumatisme           |
| <input type="checkbox"/> Bursite         | <input type="checkbox"/> Fibromyalgie    | <input type="checkbox"/> Insomnie       | <input type="checkbox"/> Stress               |
| <input type="checkbox"/> Dépression      | <input type="checkbox"/> Hémophilie      | <input type="checkbox"/> Ménopause      | <input type="checkbox"/> Trouble circulatoire |
| <input type="checkbox"/> Diabète         | <input type="checkbox"/> Hernie discale  | <input type="checkbox"/> Migraine       | <input type="checkbox"/> Verrues              |

Autres : \_\_\_\_\_

Dernière visite médecin: \_\_\_\_\_ Médicaments : \_\_\_\_\_

Accidents : \_\_\_\_\_

Traumatismes : \_\_\_\_\_ Avez-vous des idées suicidaires : O ou N

Avez-vous déjà eu thérapie ? \_\_\_\_\_

Psychiatrie ? \_\_\_\_\_ Dépression ? : \_\_\_\_\_

Peurs ? : \_\_\_\_\_ Allergies ? \_\_\_\_\_

Insomnie ? \_\_\_\_\_ Appétit ? \_\_\_\_\_

Douleurs ? \_\_\_\_\_ Concentration ? \_\_\_\_\_

S'affirmer ? \_\_\_\_\_ Estime ? \_\_\_\_\_

Couleur préférée : \_\_\_\_\_ Autres : \_\_\_\_\_

**France Palardy m'a avisé que ses services répondent aux exigences du code de déontologie de RITMA.**

**J'ai pris rendez-vous pour requérir les services de France Palardy. Par conséquent, je dégage France Palardy de toute responsabilité. Merci de votre confiance.**

Signature \_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_\_