



Jeûne-Rando-Animaux

Questionnaire santé

Ce questionnaire a pour but de vous aider dans votre démarche de jeûne et de randonnée. Nous vous rappelons que nos stages ont pour objectif de vous accompagner sur un plan préventif dans votre hygiène de vie, mais n'ont aucun but thérapeutique. Les règles élémentaires de bienveillance, discrétion et secret professionnel sont respectées.

NOM :	PRENOM :
DATE DE NAISSANCE :	TAILLE : POIDS :
PERSONNE PROCHE A JOINDRE SI BESOIN: TEL:	

Entourer la case concernée

Souffrez-vous d'une maladie ou d'un problème chronique	Oui	Non
Souffrez-vous de séquelles de traumatisme physique	Oui	Non
Actuellement suivez-vous un traitement médical Si oui : lequel et pourquoi ?.....	Oui	Non
Souffrez-vous ou avez-vous souffert de :		
- Hypertension	Oui	Non
- Hypotension	Oui	Non
- Problèmes cardiaques : troubles du rythme <input type="checkbox"/> insuffisance cardiaque <input type="checkbox"/> souffle <input type="checkbox"/> autre <input type="checkbox"/>	Oui	Non
- Phlébite	Oui	Non
- Varices	Oui	Non
- Asthme	Oui	Non
- Bronchite chronique	Oui	Non
- Troubles métaboliques : diabète <input type="checkbox"/> cholestérol <input type="checkbox"/> acide urique <input type="checkbox"/> autre <input type="checkbox"/>	Oui	Non
- Hypo ou hyperthyroïdie	Oui	Non
- Allergies : rhume des foies <input type="checkbox"/> certains médicaments <input type="checkbox"/> aliments <input type="checkbox"/>	Oui	Non
- Troubles digestifs : ulcère <input type="checkbox"/> gastrite <input type="checkbox"/> reflux gastro œsophagien <input type="checkbox"/> troubles du transit intestinal <input type="checkbox"/>	Oui	Non
- Hépatites	Oui	Non
- Problèmes de peau : eczéma <input type="checkbox"/> intolérance au soleil <input type="checkbox"/> autres <input type="checkbox"/>	Oui	Non
- Problèmes musculaires ou articulaires : lombalgie <input type="checkbox"/> sciatique <input type="checkbox"/> autre <input type="checkbox"/>	Oui	Non
- Arthrose	Oui	Non
- Troubles du sommeil : difficultés d'endormissement, réveils nocturnes	Oui	Non
- Maux de tête	Oui	Non
- Dépression <input type="checkbox"/> anxiété, angoisse <input type="checkbox"/>	Oui	Non
- Fatigabilité	Oui	Non
- Anémie	Oui	Non

Je certifie l'exactitude des renseignements fournis. Signature :