



FORMULAIRE D'ANAMNÈSE

Elsa Pothin, Praticienne en naturopathie & sophrologie

aumiroidubonheur@outlook.com

www.au-miroir-du-bonheur.com

FORMULAIRE D'ANAMNÈSE

Cher(e) client(e),

Je vous souhaite la bienvenue chez **Au miroir du bonheur** et vous remercie de m'avoir choisi pour vous accompagner dans votre parcours de bien-être.

Mon objectif est de vous offrir des soins personnalisés et adaptés à vos besoins spécifiques, en tenant compte de votre situation personnelle, de vos antécédents médicaux et de vos attentes.

Afin de mieux vous connaître et de préparer au mieux votre première séance, je vous propose de remplir le formulaire d'anamnèse ci-joint.

Ce formulaire me permettra de fournir des informations essentielles sur votre état de santé, vos antécédents médicaux, votre mode de vie et vos objectifs en matière de bien-être. Les informations que vous fournirez seront traitées avec la plus grande confidentialité et les soins seront adaptés de manière à répondre au mieux à vos besoins.

Je vous prie de bien vouloir remplir le formulaire d'anamnèse le plus précisément et honnêtement possible, car cela me permettra d'assurer votre sécurité et d'optimiser les résultats de mes interventions.

En cas de doute ou de question, n'hésitez pas à me contacter. Je suis là pour vous accompagner et vous soutenir dans votre démarche de bien-être.

J'ai hâte de vous accueillir chez **Au miroir du bonheur** et souhaite vous aider à atteindre vos objectifs en matière de santé et de bien-être.

Coordonnées :

Site en ligne : **www.au-miroir-du-bonheur.com**

Courriel : **Aumiroirdubonheur@outlook.com**

Téléphone : **514-346-8769**

NEQ : 2280361678

Formulaire d'anamnèse

Date (JJ/MM/AAAA):

Cher(e) client(e),

Afin de préparer au mieux votre première séance chez **Au miroir du bonheur**, je vous prie de bien vouloir remplir ce formulaire d'anamnèse. Les informations que vous fournirez me permettront d'évaluer vos besoins, d'adapter les soins à votre situation et de veiller à votre sécurité. Veuillez répondre aux questions le plus précisément possible.

Informations personnelles

Nom et prénom : _____

Date de naissance (JJ/MM/AAAA) : _____

Adresse : _____

Téléphone : _____ Courriel : _____

Profession : _____

Distance domicile travail : ☐ - 5 km ☐ - 10km ☐ 10 à 20 km ☐ + 20 km

Groupe sanguin : ☐ O – ☐ O+ ☐ A - ☐ A +
 ☐ B - ☐ B+ ☐ AB - ☐ AB

Couleur des yeux : _____

Situation matrimoniale : ☐ Célibataire ☐ Marié(e) ☐ Concubinage ☐ Veuf(ve)

Enfants à charge : ☐ Oui ☐ Non

Si oui combien : _____

Si oui âge des enfants : _____

Taille : _____

Poids : _____

Variation de poids récente ? : ☐ Oui ☐ Non Si oui quelle variation : kg

Mode de transport habituel : ☐ Marche ☐ Vélo ☐ Bus ☐ Train ☐ Voiture/moto

Description des contraintes professionnelles ou de la vie courante éventuelles :

Noter tout ce qui jouer sur votre santé physique et mentale : (par exemple : port de charge, station debout, position assise longue, contact avec des produits chimiques, longues heures devant un écran, stress mental, environnement conflictuel...)

Habitat : ☐ Appartement ☐ Maison

Lieu de vie : ☐ Ville ☐ Campagne

Antécédents médicaux

Avez-vous des antécédents médicaux importants ?
(Maladies chroniques, hospitalisations, chirurgies, etc.)

Historique médical

Opérations / hospitalisations

[illegible]

Êtes-vous actuellement suivi(e) par un médecin ou un autre professionnel de santé pour un problème de santé particulier ?

Oui / Non (Si oui, précisez) :

Prise de compléments alimentaires / tisanes

Prenez-vous actuellement des médicaments, des compléments alimentaires ou des traitements naturels ?

Nom	Pour quelle raison prenez-vous cela ? / Fréquence ?

Allergie(s)

Terrain allergique	☐ Oui ☐ Non Si oui quelles sont les allergies ?
--------------------	--

Intolérance(s) alimentaire(s)

Quels aliments votre corps ne support-il pas ?	
--	--

Mode de vie et bien-être

Cigarette / tabac / Vapotage : ☐ Fumeur ☐ Non-fumeur ☐ Ancien fumeur

Si fumeur, combien de paquet par jour ?

Consommez-vous de l'alcool : ☐ Jamais ☐ 1 fois par semaine ☐ - de 4 fois par semaine
☐ Tous les jours

Quel type d'alcool consommez-vous ?

Consommation de boissons contenant de la caféine :

☐ Jamais ☐ Café ☐ Thé ☐ Boissons énergisantes

Si oui à quelle fréquence par jour ou par semaine ?

☐ Jamais ☐ 1 fois par semaine ☐ - de 4 fois par semaine ☐ Tous les jours

Faites-vous de l'exercice physique régulièrement ?

Oui / Non (Si oui, quelle(s) activité(s) et à quelle fréquence ?) :

Déroulement d'une journée type de votre vie

(Décrire votre journée du lever au coucher, avec les aliments ingérés durant petit déjeuner, repas, dîner...)

État émotionnel et nerveux :

- | | |
|---|--|
| ☐ Angoisse | ☐ Fatigue |
| ☐ Dépression | ☐ Sensation d'épuisement |
| ☐ Crise de panique | ☐ Stress |
| ☐ Spasmophilie | ☐ Burn out lié au travail |
| ☐ Nervosité | ☐ Insomnie |

Si oui décrivez les symptômes qu'elle expérimente

Qualité du sommeil

Détails sur : présence d'insomnies, réveils nocturnes, temps avant de s'endormir, heure du coucher... Au réveil êtes-vous en forme et reposée...

Système digestif :

- | | |
|--|---|
| ☐ Acidité | ☐ Constipation/diarrhée |
| ☐ Reflux gastrique | ☐ Ulcère |
| ☐ Douleur côté droit (foie) | ☐ Digestion lente |
| ☐ Gaz | ☐ Vésicule biliaire opérée |
| ☐ Nervosité | ☐ Vomissements fréquents |
| ☐ Brûlure d'estomac | ☐ Foie gras |
| ☐ Nausée | ☐ Fatigue après le repas |

Si oui décrivez les symptômes

Système osseux – musculaire

- | | |
|---|---|
| ☐ Ostéoporose | ☐ Nerf sciatique |
| ☐ Maux de dos | ☐ Tendinites |
| ☐ Arthrose | ☐ Hernie |
| ☐ Fibromyalgie | ☐ Arthrite |
| ☐ Crampes fréquentes | ☐ Articulations douloureuses |

Si oui décrivez les symptômes

Système circulatoire

- | | |
|---|--|
| ☐ Tachycardie | ☐ Palpitations |
| ☐ Phlébites | ☐ Essoufflement |
| ☐ Diabète | ☐ Cholestérol |
| ☐ Hypertension | ☐ Hypoglycémie |
| ☐ Arythmie cardiaque | ☐ Mauvaise circulation sanguine |

Si oui décrivez les symptômes

Cycle féminin présent et régulier : ☐ Oui ☐ Non

Douleurs éventuelles : ☐ Oui ☐ Non

Maladies bénignes fréquentes :

- | | |
|---------------------------------|---|
| ☐ Angine | ☐ Rhino-pharyngite |
| ☐ Gastro | ☐ Otite |

Antécédents familiaux :

Sur une échelle à de 1 à 10 comment considérez-vous l'état global de votre corps d'un point de vu physique ?

Sur une échelle à de 1 à 10 comment considérez-vous l'état global de votre psyché ?

Objectifs et attentes

Quel est l'objectif principal de votre visite ?

Avez-vous déjà consulté un praticien de bien-être pour des soins similaires ?

Si l'expérience s'est révélée positive, en quoi l'a-t-elle été ? Si cela n'a pas été le cas, pourquoi s'est-elle révélée négative, que voudriez-vous faire différemment ?

Comment avez-vous géré le ou les problèmes qui vous ont conduit à suivre une thérapie ?

Comment s'est passée votre enfance au sein de votre famille ?

À quel point vous sentez-vous lié à votre entourage ?

Qu'espérez-vous accomplir avec cette thérapie ?

Y a-t-il des informations supplémentaires que vous souhaitez partager avec nous concernant votre état de santé, vos antécédents médicaux ou vos attentes ?

Protection des données et confidentialité des informations

Dans mon cabinet, j'accorde une grande importance à la protection de vos données personnelles et à la confidentialité des informations que vous me fournissez. Cette partie a pour objectif de vous expliquer comment je collecte, utilise et protège vos informations dans le cadre de mes services de bien-être.

Collecte des données

Lorsque vous remplissez le formulaire d'anamnèse, vous me fournissez des informations personnelles et médicales. Je collecte ces données dans le but de mieux comprendre vos besoins et vos attentes, d'adapter nos soins et de veiller à votre sécurité pendant les séances.

Utilisation des données

Vos informations personnelles et médicales sont utilisées exclusivement par mon cabinet pour planifier et adapter les séances de bien-être en fonction de votre situation. Je ne partagerai pas vos données avec des tiers, sauf si vous me donnez l'autorisation expresse ou si la loi l'exige.

Protection des données

Je prends toutes les mesures appropriées pour assurer la sécurité et la confidentialité de vos données. Je stocke vos informations dans un système de gestion électronique sécurisé, accessible uniquement par mon cabinet. Je suis sensibilisée à la protection des données et à la confidentialité des informations médicales.

Conservation des données

Je conserve vos données personnelles et médicales pendant la durée de notre relation professionnelle et conformément aux lois et réglementations en vigueur. Vous pouvez à tout moment demander l'accès à vos données, leur rectification ou leur suppression en me contactant aux coordonnées fournies dans le livret d'accueil.

Droits des clients

Conformément à la réglementation en matière de protection des données, vous avez le droit d'accéder à vos données, de demander leur rectification, leur suppression ou la limitation de leur traitement. Vous avez également le droit de vous opposer au traitement de vos données pour des raisons légitimes et le droit de retirer votre consentement à tout moment. Pour exercer ces droits, veuillez me contacter aux coordonnées fournies dans le livret d'accueil.

En remplissant le formulaire d'anamnèse et en me fournissant vos informations, vous consentez à ce que je traite et utilise vos données conformément aux dispositions décrites dans ces paragraphes. Si vous avez des questions ou des préoccupations concernant la protection de vos données et la confidentialité des informations, n'hésitez pas à me contacter.

Conclusion et accord

Je vous remercie d'avoir pris le temps de remplir ce formulaire d'anamnèse. Les informations fournies me permettent d'adapter les soins à vos besoins spécifiques et de veiller à votre sécurité pendant les séances. En signant ce formulaire, vous confirmez que les informations que vous avez fournies sont exactes et à jour, et vous donnez votre consentement pour que je les utilise conformément à la politique de confidentialité et de protection des données.

Veuillez lire attentivement la déclaration suivante :

Je, soussigné(e), confirme par la présente que les informations fournies dans ce formulaire d'anamnèse sont exactes et à jour. J'ai pris connaissance de la politique de confidentialité et de protection des données du cabinet et consens à ce que mes données soient utilisées conformément à ces dispositions.

J'accepte également de signaler tout changement significatif concernant ma santé ou mes antécédents médicaux au praticien avant chaque séance.

Signature du client : _____

Date : _____

Si le client est mineur, signature du représentant légal :



CONDITIONS GÉNÉRALES DE VENTES

Elsa Pothin, Praticienne en naturopathie & sophrologie

aumiroidubonheur@outlook.com
www.au-miroir-du-bonheur.com

Article 1 : Objet et champ d'application

Les présentes conditions générales ont pour objet de définir les modalités et conditions de vente des prestations fournies par **Elsa Pothin**, dont les coordonnées sont les suivantes :

Site en ligne : **www.au-miroir-du-bonheur.com**

NEQ : 2280361678

Courriel : **aumiroirdubonheur@outlook.com**

Téléphone : **514-346-8769**

Les présentes conditions générales ainsi que les tarifs sont expressément agréées et acceptées par le client qui déclare et reconnaît en avoir une parfaite connaissance et renonce, de ce fait, à se prévaloir de tout document contradictoire. L'acte d'achat d'une prestation entraîne l'acceptation des présentes conditions générales.

Le client déclare avoir la capacité légale de conclure le présent contrat, dont les conditions générales sont présentées ci-après, c'est-à-dire avoir la majorité légale et ne pas être sous tutelle ou curatelle.

Article 2 : Caractéristiques des prestations

Les caractéristiques essentielles des prestations sont décrites ci-dessous :

◆ Naturopathie :

1ère séance :

Tarif : 120 \$ pour une séance de 60 minutes, incluant l'étude du votre formulaire de santé et de consentement.

Séances suivantes :

Tarif : 100 \$ pour une séance de 60 minutes

Forfaits et offres spéciales :

Forfait de 3 séances de 60 minutes pour 360 \$, soit une économie de 60 \$

◆ Sophrologie :

1ère séance :

Tarif : 120 \$ pour une séance de 90 minutes, incluant l'étude du votre formulaire de santé et de consentement.

Séances suivantes :

Tarif : - 40 \$ pour une séance de 30 minutes

- 60 \$ pour une séance de 60 minutes

Forfaits et offres spéciales :

Forfait de 3 séances de 60 minutes pour 120 \$

-

Article 3 : Prix et modalités de paiement

Le prix des prestations est indiqué en dollar canadien. Le praticien se réserve le droit de modifier ses tarifs à tout moment. Les prestations seront facturées sur la base des tarifs en vigueur au moment de la conclusion du contrat.

Le paiement des prestations peut être effectué par **virement, interact, chèques & paypal** payable à la fin de la séance.

Article 4 : Livraison et exécution des prestations

Les prestations sont exécutées à la date ou dans le délai convenu entre le praticien et le client, conformément à l'article 12 Code de la loi sur la protection du consommateur.

En cas de retard ou d'impossibilité d'exécution des prestations, le client sera informé dans les meilleurs délais et pourra annuler le contrat, sans frais ni indemnité.

Article 5 : Garanties légales et responsabilité

Le praticien s'engage à fournir les prestations dans le respect des règles de l'art et des normes professionnelles en vigueur. Il est responsable de la bonne exécution des prestations et des éventuels dommages causés au client, dans les conditions prévues par la loi et les présentes conditions générales.

Le praticien est tenu par une obligation de moyens et ne peut être tenu responsable des conséquences d'une mauvaise utilisation des prestations par le client.

Article 6 : Précision sur la prestation

Les différentes techniques proposées et pratiquées n'ont aucune visée médicale et ne sont assimilables ni aux actes réservés aux professions conformément aux règles du ministère de la Santé. Elles sont considérées comme complémentaires et ne se substituent en aucun cas au champ médical réservé aux professions de Santé. Elles s'inscrivent dans une démarche complémentaire et personnelle de travail sur soi.

Article 7 : Report, annulation et modification d'un rendez-vous

Dans le cas où la personne, sans cause réelle et justifiée, ne se présenterait pas au lieu de rendez-vous fixé sans avoir prévenu, les honoraires seront dus par la personne à moins que celui-ci n'ait annulé ou reporté son rendez-vous plus de 24 heures avant par mail ou téléphone.

Article 8 : Conditions d'accès aux prestations

Il appartient aux clients de faire toutes vérifications qui semblent nécessaires ou opportunes avant de procéder à une quelconque réservation de prestations. En cas de grossesse ou pathologie grave et

quelle que soit la prestation souhaitée, il est recommandé au client de demander un conseil préalable à son médecin généraliste ou spécialiste. Il en est de même pour les personnes fragiles, comme par exemple les personnes âgées, les personnes ayant des problèmes pathologiques, psychologiques, cardiologiques ou de tension, les personnes sujettes à des allergies, sans que cette liste soit limitative.

Les conseils, recommandations et prestations de services proposés par le praticien ne remplacent en aucun cas l'avis d'un médecin. Avant d'interrompre ou modifier tout traitement médical, le Client doit se référer à son médecin traitant et /ou au spécialiste médical qui le lui a prescrit. Les prestations proposées sont considérées comme des approches complémentaires et non alternatives ou substitutives à la médecine traditionnelle.

Les honoraires des prestations proposées ne sont pas conventionnés et ne sont pas pris en charge par l'Assurance Santé, par contre certaines mutuelles peuvent proposer des prises en charge.

Article 9 : Délai de rétractation

A partir du moment où la séance est commencée le client renonce expressément par la présente à son droit de rétractation conformément à la loi sur la protection du consommateur.

Article 10 : Médiation de la consommation

En cas de litige entre le praticien et le client, ces derniers s'engagent à rechercher une solution amiable avant de saisir les tribunaux. Si aucune solution amiable n'est trouvée, le client peut recourir à un médiateur de la consommation, via le centre de la consommation du Québec (CCQ).

Article 11 : LPRPSP

Le praticien s'engage à respecter les dispositions légales en vigueur concernant la protection des données personnelles des clients. Les données collectées sont nécessaires pour la gestion des relations contractuelles et seront traitées conformément aux exigences de la loi sur la protection des renseignements personnels dans le secteur privé (LPRPSP).

Le client dispose d'un droit d'accès, de rectification, de suppression et de portabilité des données le concernant, ainsi que d'un droit d'opposition et de limitation du traitement, qu'il peut exercer en s'adressant au praticien aux coordonnées mentionnées à l'article 1.

Article 12 : Propriété intellectuelle

Le praticien est le titulaire exclusif des droits de propriété intellectuelle sur les documents et supports fournis dans le cadre des prestations de bien-être, ainsi que sur le site internet et tous les éléments qui y sont publiés, tels que les textes, images, photographies, vidéos, logos, etc.

Le client s'engage à ne pas reproduire, copier, modifier, adapter, diffuser, vendre ou exploiter de quelque manière que ce soit ces éléments sans l'autorisation expresse et préalable du praticien.

Article 13 : Force majeure

Le praticien ne pourra être tenu responsable de l'inexécution ou du retard dans l'exécution des prestations de bien-être en cas de force majeure, telle que définie par la jurisprudence des tribunaux français. En cas de survenance d'un événement de force majeure, les parties conviennent de rechercher une solution amiable pour l'exécution des prestations, dans les meilleures conditions possibles compte tenu des circonstances.

Article 14 : Modification des conditions générales

Le praticien se réserve le droit de modifier les présentes conditions générales à tout moment. Les modifications seront applicables aux contrats conclus postérieurement à leur publication sur le site internet du praticien ou sur tout autre support de communication.

Article 15 : Non validité de clause

Si une ou plusieurs dispositions des présentes sont tenues pour non valides ou déclarées comme telles en application d'une loi, d'un règlement ou à la suite d'une décision devenue définitive d'une juridiction compétente, les autres dispositions garderont toute leur force et leur portée. Le cas échéant, le praticien s'engage à supprimer et remplacer immédiatement ladite clause par une clause similaire et juridiquement valide.

Article 16 : Loi applicable et juridiction compétente

Ces conditions générales sont régies par le droit québécois. Ces conditions générales ont été rédigées en langue française qui sera considérée, en toute hypothèse, comme la langue unique des parties.

En cas de litige, les tribunaux de la province de Québec seront seuls compétents pour connaître de l'affaire, sauf disposition contraire impérative de la loi sur la protection du consommateur.

Nom et prénom du client : _____

Signature : _____

Date : _____

Nom du représentant légal : _____

Relation avec le client : _____

Signature du représentant légal : _____

Date : _____