

Vos priorités et objectifs

Quels sont vos besoins par rapport votre visite chez Aqua Mer ?

Quels sont vos buts par rapport à votre cure ? Quels sont vos attentes ?

Cochez le type de cure désiré.

- Vacance Marine Remise en Forme (26 soins)** : Chacun d'entre nous a besoin de se ressourcer, de se détendre et de redonner à son corps ce dont il a besoin. Cette cure est pour ceux qui ont besoin de calme, d'une vacance santé après une période difficile. Aussi pour ceux qui veulent un temps de qualité en couple, en famille ou entre amis.
- Cure Marine santé-Vitalité (28 soins)** supplément applicable de 160.00\$: Pour ceux qui désire avoir en accompagnement en naturopathie ce qui aidera à avoir des outils à long terme par un professionnel.
- Vacance Thalasso-golf (18 soins + 5 parties de golf)** : Vous êtes amateur de golf ? En collaboration avec le Golf de Carleton-sur-Mer. Vous pouvez combiner des soins de thalassothérapie sportif tous les jours en plus d'un 18 trous par jour !
- Vacance Thalasso-Rando (18 soins + 5 Randonnées en automne seulement)** : Carleton et les environs offrent des randonnées magnifiques pour tous les niveaux de marcheurs. Avec cette cure, vous profiterez de randonner tous les jours en plus de soin de thalassothérapie

Soin à la carte

Désirez-vous ajouter des soins à la carte? (Ces soins sont en extra à votre forfait - voir la liste au aquamer.ca)

Est-ce que vous avez besoin de soins spécifiques ?

- Massage Facial Soin des pieds
Capillaire Consultation en naturopathie

Autres: _____

Émettre des reçus d'assurance : Oui Non

**Nous vous souhaitons de passer un magnifique séjour.
Laissez-nous prendre soin de vous. Vous le méritez bien.
Profitez-en pour vous ressourcer, pour vous revitaliser, et pour vous retrouver !**

J'ai bien complété le bilan santé et je déclare que les informations fournies sont complètes et reflètent en tous points mon état de santé actuel. Par la présente, je dégage également Aquamer Thalasso-Spa ainsi que son personnel de toute responsabilité professionnelle en regard des soins reçus.

Signature (lors de la consultation) : _____

Votre Bilan Santé AQUAMER

THALASSO-SPA

Ce document est à 100% confidentiel et aucune information ne sera divulgué sauf avis contraire. Toutes informations qui concernent la cuisine ou la réception devraient-être transmises à ceux-ci.

RÉSERVÉ AU CONSULTANT AQUAMER

client : _____ # Folio : _____ Date de début : ___/___/___ De fin : ___/___/___

Je m'engage à garder toute information dans ce bilan de santé 100% confidentiel. Je m'engage à vous conseiller selon mes compétences professionnelles ce qui ne représente en aucun cas un diagnostic ou un avis médical. Je m'engage à vous accompagner du début à la fin de votre cure au meilleur de mes compétences et connaissances _____

Prénom : _____

Nom : _____
(à la naissance) (nom usuel)

Date de naissance : _____
(Jour) (Mois) (Année)

Adresse : _____

Ville : _____ Code postal : _____

Tel. : _____ Tel. Cellulaire : _____

Courriel : _____

Occupation actuelle : _____

Recommandé par : _____

En cas d'urgence, prévenir : _____

État de santé

Sur 10, êtes-vous en bonne santé? /10
Pourquoi ? _____

Depuis quand ? _____

Êtes vous suivit par un profesionnel ? médecin de famille, spécialiste, thérapeute, autre ? _____

Prenez-vous de la médication ou des suppléments (Fournir Liste) ?

Lequel/lesquels : _____

Combien : _____ Quand : _____

Avez-vous subi des chirurgies (1 an)? oui non

Si oui, lesquelles ? _____

État de santé globale :

Mangez-vous bien ? /10 Expliquez _____

Combien buvez-vous de litres de liquide par jour ? Eau : _____ Thé : _____ Café : _____

Tisane : _____ boisson sucré (pepsi/coke, jus sucré) _____ Alcool : _____

Avez-vous des restrictions alimentaires, intolérances ou allergies ? L'avez-vous communiqué à la réception ?

Éliminez-vous bien ? /10 Combien de fois par jour ? _____ est-ce régulier ? oui non

Comment se passe votre digestion ? /10

Dormez-vous bien ? /10

Combien d'heures par jour ? _____ Au réveil, êtes-vous reposé(e) ? oui non

Est-ce toujours de cette façon ? _____ Depuis quand est-ce comme cela ? _____

Faites-vous de l'exercice/ du sport ? oui non

Quel type d'exercice et combien d'heures par semaine ? _____

Avez-vous fait une prise de sang ou un examen médical récemment ? Qu'a-t-il révélé ?

(il serait utile que vous nous l'envoyez toutes informations pertinentes)

Comment est votre circulation ? _____

Tension artérielle : normale hyper hypo

Avez-vous de l'enflure ? où ? _____

Avez-vous des courbatures après un effort ? _____

Avez-vous de la douleur, où, quand ? _____

Avez-vous des problèmes de dos ou de cou ? _____

Avez-vous un surplus de poids ? _____

Est-ce que vous êtes dans un processus de perte de poids ou vous voulez l'être ?

État de santé spécifique

- | | | | |
|--|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Anémie | <input type="checkbox"/> Cholestérol | <input type="checkbox"/> Fibromyalgie | <input type="checkbox"/> Phlébite |
| <input type="checkbox"/> Angine | <input type="checkbox"/> Chute de cheveux | <input type="checkbox"/> Grossesse (____mois) | <input type="checkbox"/> Pneumonie |
| <input type="checkbox"/> Artériosclérose | <input type="checkbox"/> Claustrophobie | <input type="checkbox"/> Gripes (fréquentes) | <input type="checkbox"/> Pression (basse) |
| <input type="checkbox"/> Arthrite | <input type="checkbox"/> Démangeaisons | <input type="checkbox"/> Hypoglycémie | <input type="checkbox"/> Pression (haute) |
| <input type="checkbox"/> Arthrose | <input type="checkbox"/> Dermatose (suintante) | <input type="checkbox"/> Infarctus | <input type="checkbox"/> Psoriasis |
| <input type="checkbox"/> Asthme | <input type="checkbox"/> Diabète | <input type="checkbox"/> Maux de tête | <input type="checkbox"/> Rhumatisme |
| <input type="checkbox"/> Bronchite | <input type="checkbox"/> Eczéma | <input type="checkbox"/> Mononucléose | <input type="checkbox"/> Rhume |
| <input type="checkbox"/> Bursite | <input type="checkbox"/> Épilepsie | <input type="checkbox"/> Parkinson | <input type="checkbox"/> Sclérose |
| <input type="checkbox"/> Cancer | <input type="checkbox"/> Étourdissement | <input type="checkbox"/> Perte de conscience | <input type="checkbox"/> Vertige |

Autres : _____

Que devrions nous savoir avant d'entreprendre la cure ? _____

Perdez-vous parfois conscience ? Que devrions nous faire à ce moment ? _____

Évaluation nerveuse

Cette partie du questionnaire est importante, répondez au mieux de votre connaissance.

Vivez-vous du stress en général ? ____ /10

Pourquoi ? _____

Vivez-vous de la fatigue ? ____ /10

Pourquoi ? _____

Êtes vous en dépression ou dans un état dépressif ? ____ /10

Depuis quand ? pourquoi ? _____

Avez-vous une santé mentale fragile (bipolarité, schizophrénie, dépression, etc.) ?

Êtes-vous seul ou isolé ? _____

Avez-vous eu des idées suicidaires ou avez fait une tentative de suicide dans la dernière année ? _____