

## 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                                  Soins 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

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-êtré 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 diagnostique 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 suivi 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 ? \_\_\_\_\_