

Fiche de renseignements

- Ce questionnaire est strictement confidentiel -

Afin de pouvoir adapter mes conseils à votre bien-être, je vous prie de bien vouloir remplir ce document avec précision.

Mise en garde: Les consultations d'accompagnement à l'usage des huiles essentielles ne peuvent en aucun cas se soustraire à l'avis médical d'un médecin qui est le seul à pouvoir établir un diagnostic.

Mes conseils portent uniquement sur l'usage possible des huiles essentielles, leurs précautions d'emploi et leurs modes d'utilisation.

Si vous suivez un traitement médical, ne l'arrêtez sous aucun prétexte. L'aromathérapie doit être considérée comme un complément aux thérapeutiques conventionnelles et non comme un substitut.

Nom :	Prénom :
Date de naissance :/...../.....	Sexe : F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>
Adresse :	
Code postal : Ville :	
Téléphone:	Email :

Pour quel motif désirez-vous suivre un accompagnement à l'usage des huiles essentielles ?

.....
.....

Avez-vous déjà consulté un aromathérapeute ou un conseiller en aromathérapie ?

Si oui, pour quelle raison.

Oui Non

.....
.....

Utilisez-vous déjà des huiles essentielles dans votre quotidien ?

Si oui, pour quelle raison et avez-vous des remarques particulières à mentionner concernant leurs effets sur vous (action positive constatée, éventuelles allergies, nausées, irritations cutanées etc.).

Oui Non

.....
.....

Avez-vous des précisions à apporter sur votre hygiène et cadre de vie qui pourraient nous être utiles lors de notre entrevue ? Si oui, précisez.

Oui Non

.....
.....
.....

Questionnaire médical

Certaines huiles essentielles peuvent ne pas être compatibles avec votre état de santé ou avec certains traitements médicaux (exemple : prise d'anticoagulants). La connaissance précise de votre histoire médicale m'est indispensable pour adapter mes conseils à votre bien-être.

Avant d'entamer un traitement thérapeutique à base d'huiles essentielles, demandez conseil à votre médecin traitant pour vous assurer que vous ne présentez pas de contre-indications à celles-ci.

Etes-vous enceinte ? Oui Non

Présentez-vous ou avez-vous présenté par le passé des :

Troubles cardiaques	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Troubles de la coagulation / hémophilie	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Hypertension	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Hypotension	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Problèmes digestifs	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Problèmes hépatiques ou de foie	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Problèmes pulmonaires / asthme	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Troubles du rein	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Diabète	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Epilepsie	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Troubles thyroïdiens	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>

Souffrez-vous d'allergie ? Si oui, précisez (aliments, pénicilline, aspirine, iode, sulfamides, autres)

.....

Prenez-vous actuellement des médicaments ou suivez-vous un traitement médical prescrit par votre médecin ?
Si oui, pour quelle raison.

.....

Désirez-vous ajouter des renseignements quant à votre état de santé en général ?

.....

« J'atteste sur l'honneur la véracité des informations renseignées sur le présent formulaire. »

Fait à, le/...../.....

Signature :