**Formulaire de Consultation**

(Confidentiel)

Enregistrer, remplir, signer et envoyer par courriel à ingrid@homeopathe.ca.

Prière de lire en entier et signer aux deux endroits indiqués.

Les dernières pages requièrent 2 signatures.

**Pour votre enfant,** assurez-vous qu’il participe et réponde au mieux de ses capacités. Ayez aussi son carnet de vaccination à la première consultation s'il est vacciné.

**Avertissement:** Si vous résidez au Québec, sachez que le Collège des Médecins exige que vous ayez reçu un diagnostic médical pour vos symptômes actuels avant de me consulter, car ils peuvent cacher un trouble de santé important.
À tout moment du parcours homéopathique, n’hésitez pas à consulter votre médecin ou les urgences. L’homéopathie est compatible avec tout autre type de traitement.

* **Pour recevoir des conseils santé et des invitations aux événements** quelques fois par année, inscrivez-vous à ma liste d’envoi sur mon site **[HOMEOPATHE.ca](http://homeopathe.ca)**, au bas de la page d’accueil et suivez mes pages Facebook, IG et YT **Ingrid Schutt Homeopath, pour y trouver une foule d’infos santé.**
* **En Ajoutant mon adresse courriel à vos contacts,** mes courriels ne seront pas dirigés dans votre boîte pourriel / Junk Mail.

|  |
| --- |
| **Noms des parents si mineur :** |
| **Prénom et Nom :** |
| Année de naissance :  | Âge : |
| Adresse : |
| Ville : | Pays : |
| Code postal : |
| Tél. Résidence : |  |
| Tél. Portable : |
| Courriel : |
| Si  |

* \* **SVP se souvenir le plus précisément possible de l’année, du mois, du moment de la toute première apparition de vos symptômes.**

| **RAISONS DE LA CONSULTATION** |
| --- |
| **Troubles de santé** | **Depuis quand?** **Année Mois** | **Causes** |
| 1. |  |  |
| 2. |  |  |
| 3. |  |  |
| 4. |  |  |

| **MÉDICAMENTS PRIS PRÉSENTEMENT** |
| --- |
| **Médicament** | **Depuis** | **Effets défavorables** |
| 1. |  |  |
| 2. |  |  |
| 3. |  |  |
| 4. |  |  |

| **TRAITEMENTS OU RÉGIMES SUIVIS PRÉSENTEMENT** |
| --- |
| **Traitement ou régime** | **Depuis** | **Résultats** |
| 1. |  |  |
| 2. |  |  |
| 3. |  |  |
| 4. |  |  |

| **VACCINS REÇUS** |
| --- |
| **Vaccin** | **Date** | **Effets défavorables** |
| 1. |  |  |
| 2. |  |  |
| 3. |  |  |
| 4. |  |  |

* Prière de présenter le carnet de vaccination pour enfants si vaccinés.

| **OPÉRATIONS** |
| --- |
| **Opérations subies** | **Quand?** | **Complications?** |
| 1. |  |  |
| 2. |  |  |
| 3. |  |  |

| **BLESSURES** |
| --- |
| **Blessures majeures subies** | **Quand?** | **Effets à long terme** |
| 1. |  |  |
| 2. |  |  |
| 3. |  |  |

**\*\*\*Cette section est très importante.**

* **Indiquez l’année et le mois où vous auriez souffert des troubles suivants**, appelez votre pharmacien ou médecin, au besoin, pour retracer les dates précises consultation, de prise de médicaments. La date du début des symptômes est plus important que la date du diagnostic.
* **Ne pas cocher d’un X. Indiquer l’année svp.**

|  | **Année/mois** |  | **Année/mois** |  | **Année/mois** |  | **Année/mois** |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Abcès |  | Épilepsie |  | Maladie rénale |  | Sinusite |  |
| Alcoolisme |  | Fausse couche |  | Malaria |  | Syphillis |  |
| Allergies |  | Fièvre jaune |  | MTS/ITS |  | Typhoïde |  |
| Amygdalite |  | Goître |  | Mononucléose |  | Tuberculose |  |
| Anémie |  | Gonorrhée |  | Oreillons |  | Infection urinaire |  |
| Arthrite |  | Goutte |  | Otite |  | Vaginite |  |
| Asthme |  | Grippe |  | Parasites |  | Varicelle |  |
| Boulimie |  | Hépatite |  | Pleurésie |  | Vers |  |
| Calcul biliaire |  | Herpès buccal |  | Pneumonie |  | Verrues |  |
| Condylomes |  | Herpès génital |  | Prostatite |  | Zona |  |
| Coqueluche |  | Infarctus |  | Rhumatisme articulaire |  | Cancer |  |
| Dépression |  | Infection de la gorge |  | Rhume des foins |  | Bronchites |  |
| Diabète |  | Leucémie |  | Rougeole |  | Ménopause |  |
| Emphysème |  | Maladies cardiaques |  | Rubéole |  | Autres troubles? |  |
| Endométriose |  | Maladies de la peau |  | Scarlatine |  |  |  |

| **ANTIBIOTIQUES de façon prolongée ou répétitive** |
| --- |
| **Quand?** | **Causes** |
| 1. |  |
| 2. |  |
| 3. |  |

**Avez-vous subi une perte ou un gain de poids?**

Oui Non Combien?

| **EXERCICES** |
| --- |
| **Types d'exercices** | **Fréquence** |
| 1. |  |
| 2. |  |
| 3. |  |

| **CONSOMMATION** |
| --- |
| **Substances** | **Quantité par jour ou par semaine** |
| Tabac |  |
| Thé |  |
| Café |  |
| Alcool |  |
| Drogues |  |

**Indiquez le nombre de :**

Grossesse : Enfants : Avortements :

**Cochez les maladies qui ont affecté votre parenté**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | X |  | X |  | X |  | X |
| Alcoolisme |  | Dépression |  | Maladies cardiaques |  | Syphillis |  |
| Allergies |  | Diabète |  | Maladies de la peau |  | Troubles mentaux |  |
| Arthrite |  | Épilepsie |  | Paralysis |  | Tuberculose |  |
| Asthme |  | Gonorrhée |  | Pneumonie |  | Autres? |  |
| Cancer |  | Goutte |  | Rhume des foins |  |  |  |

**Historique de santé dans la famille**

| **Membre de la famille** | **Âge si vivant** | **Âge au décès** | **Maladies majeures** |
| --- | --- | --- | --- |
| Mère |  |  |  |
| Père |  |  |  |
| Soeurs |  |  |  |
| Frères |  |  |  |
| Grand-mère maternelle |  |  |  |
| Grand-père maternel |  |  |  |
| Grand-mère paternelle |  |  |  |
| Grand-père paternel |  |  |  |
| Oncles et tantes, si maladies majeures |  |  |  |

**À quand remonte votre dernier examen médical complet?**

**Êtes-vous sous les soins d'un médecin? Avez-vous reçu un diagnostic?**

**Nom du médecin :**

**Pour quelles maladies?**

| **MALADIES** | **TRAITEMENTS** | **RÉSULTATS** |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

**Avez-vous déjà été traité(e) en homéopathie?**

**Nom de l’homéopathe (optionnel) :**

| **MALADIES** | Remèdes **homéopathiques** | **RÉSULTATS** |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

**Deuxième Partie**

**À propos de vos symptômes**

**Au meilleur de votre connaissance, dans quelles circonstances sont apparus vos symptômes? À la suite de quoi ? Événement? Stress? Autre cause?**

**Décrivez vos symptômes tels qu’apparus la première fois ?**

(De quel côté, quel type de douleurs, qui ont évolué de telle façon?)

**Qu'est-ce qui aggrave et soulage vos symptômes?**

(Que faites-vous spontanément pour tenter de soulager votre état? Qu'est-ce qui peut provoquer les symptômes?)

**Remarquez-vous un état général ou émotionnel particulier pendant vos**

**symptômes? Les symptômes vous mettent-ils dans un état particulier?**

**Autres détails entourant vos symptômes? Avez-vous remarqué des changements au niveau de votre appétit, de vos désirs alimentaires, de vos sensibilités aux climats, de votre sommeil depuis ?**

Aliments et appétit

**En général, quels sont vos désirs ou rages alimentaires intenses?**

(Bon ou pas pour la santé) **Qu’aimez-vous manger par-dessus tout?**

**Quels sont les aliments et condiments dont vous avez du mal à vous**

**passer?**

**Avez-vous fréquemment besoin d'ajouter certains condiments à vos repas?**

(Épices piquantes, vinaigre, citron, sel, poivre, sucre, ketchup ? Lesquels? )

**Quelles sont vos aversions, dégoûts alimentaires ?**

**Souffrez-vous d’allergies ou d’intolérances alimentaires?**

Réactions digestives ou allergies sévères ? À quels aliments ?

**Comment est votre appétit? Avez-vous faim à des heures précises ou même la nuit ?**

**Avez-vous une préférence ou une sensibilité à la température des aliments?**

Boissons et soif

**Comment est votre soif ? Le jour, la nuit ?**

**Désirs ou intenses aversions de boissons ?**

**Avez-vous une préférence ou une aversion à la température de vos boissons?**

Digestion

**Comment est votre digestion?**

**Comment sont vos selles et vos urines?**

(Selles trop fréquentes ou rares, dures ou molles, transit douloureux?)

Climat

**Quelles sont vos sensibilités et réactions particulières aux différents**

**climats? Quel type de climat aimez-vous ou détestez-vous? Réactions?**

(Saisons, orage, pluie, soleil, chaleur, humidité, air froid ou chaud, vent fort…)

Température corporelle

**Comment est la température de votre corps?** (Êtes-vous très frileux, souffrez-vous de chaleurs, de transpirations excessives?)

**À quel moment du jour ou de la nuit?**

**À quelle partie du corps?**

**Depuis quand?**

Cycle menstruel (présent ou passé)

**L'âge de vos premières menstruations?**

**Comment est votre cycle menstruel?** Douleurs et intensité?

**Syndrôme prémenstruel?** À quoi êtes-vous particulièrement sensible pendant le SPM?

Sommeil

**Comment est la qualité de votre sommeil?**

**Comment est votre endormissement? Vers quelle heure?**

**Comment est votre énergie au réveil?**

**Avez-vous des besoins particuliers pour bien dormir?**

(Fenêtres ouvertes, même en hiver, être totalement couvert et au chaud, ou totalement découvert et au frais, ventilation même l’hiver? silence complet ou léger bruit, position spécifique ou totalement inconfortable ? )

**Une position préférée ou totalement inconfortable?**

**Êtes-vous somnambule? Vous parlez, riez pendant votre sommeil?**

**Autres particularités liées à votre sommeil ?**

Rêves

**Quels sont ou ont été les rêves récurrents ou marquants dans votre vie?**

Des rêves marquants mais pas forcément récurrents ? Oubliez-vous toujours vos rêves ?

**Avez-vous remarqué un cycle particulier de votre énergie dans une journée? À quelle heure est-elle au plus bas et au plus haut?**

Émotions

**Quels sont les films, livres, émissions, vidéos, pubs, thèmes récurrents qui vous touchent fortement, au point même de pleurer ou de ressentir un émotion très vive ? À n’importe quel moment de votre vie, quel film et quelle scène vous ont touché aux larmes ? Pourriez-vous regardez un fils à nouveau pour vous rafraichir la mémoire? Une vidéo, une pub. Qu’est-ce qui vous touche?**

| **FILMS, ÉMISSIONS ou LIVRES** | **Ce qui m**’**a particulièrement ému(e)** |
| --- | --- |
| 1.  |  |
| 2. |  |
| 3. |  |
| 4. |  |

**\*\*\* Prenez le temps avant la consultation de visionner à nouveau les films qui vous ont touché(e) pour vous rafraîchir la mémoire.**

**Qu’est-ce qui vous bouleverse, émotionnellement? À quoi êtes-vous**

**Sensible? Quelles émotions vivez-vous fréquemment? Colère, peine, frustration, espoir, joie…?** Quel type d’événement peut totalement bouleverser ou changer votre état d’âme dans une journée?

**Quels ont été les événements les plus marquants de votre vie?**

Événements heureux ou difficiles. Pourriez-vous les décrire?

**Qu'est-ce qui vous intéresse, vous passionne ?**

**PEURS**

**Qu'est-ce qui vous effraie, vous inquiète fortement et souvent ?** Une peur irrationnelle même, qui n'est pas liée à une expérience de vie?

**Merci de lire toute la suite et de signer plus bas aux pages 17 et 19.**

— **Pour les femmes :** Si vous consultez juste avant ou pendant vos règles, prière de le mentionner pendant la consultation, car la façon de prendre le remède peut varier.

— **Pour les consultations en ligne,** assurez-vous d’être seul, dans un lieu tranquille. De porter des écouteurs, si possible pour éviter l’écho.

À éviter pendant la prise des granules

**Pendant tout votre parcours homéopathique, pendant toute la période de la prise des granules, d’une consultation à l’autre, et tant que votre état d’équilibre ne sera pas bien renforcé, il est important d'éviter tout contact (nourriture, tisane, crème, pommade, huile essentielle, gomme à mâcher, dentifrice…) avec**

**la menthe poivrée,**

**le menthol,**

**le camphre**

**l'eucalyptus**

**qui peuvent anti-doter les remèdes, c’est-à-dire éliminer leur effet.**

**Le café est à éviter pendant AU MOINS la première semaine après la prise des granules. D’avantage si vous le pouvez.**

**Utilisez un dentifrice sans menthe tout au long du parcours homéopathique, au moins jusqu’à notre prochaine rencontre, et possiblement pendant un mois ou deux après la disparition complète de vos symptômes.**

**ALORS PAS DE MENTHE, pas d’EUCALYPTUS ni de CAMPHRE. Et le moins de café possible.**

**Les magasins d'aliments naturels vendent d’excellents dentifrices à l'anis ou à la cannelle.**

**Si vous allez dans un SPA et que vous sentez l'odeur des huiles essentielles d'eucalyptus, prévenez-moi pour que vous puissiez prendre une autre dose au cas où l’effet positif de votre remède s'arrêterait.**

**Ces produits sont des ANTIDOTES puissants qui peuvent annuler totalement l'effet de l’homéopathie**

**Je ne saurais trop le répéter. Tant de patients pensent que leur remède n’agit pas alors qu’ils mangent tous les jours des bonbons ou des gommes à la menthe.**

**Éviter également de boire de l’alcool les 24 premières heures et la consommation de cannabis (CBD et THC) au début de votre parcours homéopathique.**

**Le but de la consultation est de déterminer le remède le plus adapté à votre cas, d'équilibrer votre énergie vitale et de renforcer les mécanismes de défense de votre organisme.**

Comment prendre les granules

**La dynamisation, 30CH, 200K, 200C, Mille K XMK (10 mille K) ?**

**Si vous achetez un tube de granules, assurez-vous que le chiffre corresponde bien à celui que je vous ai indiqué (visitez mon site Internet** [HOMEOPATHE.ca](http://HOMEOPATHE.ca) **concernant les doses et les remèdes).**

**200 K ou CH, sont équivalents.**

**Le 9 CH n’est pas équivalent à 200K. Le chiffre doit être le même que celui que je vous recommande.**

**COMBIEN DE GRANULES?**

**Une dose équivaut à 2 ou 3 granules. Le nombre exact de granule n’est pas important car c’est le contact d’une seule granule avec les muqueuses qui fait la dose.**

Il est important de ne pas répéter les doses si je ne vous l’ai pas indiqué.

**Si je vous indique une seule dose, cela veut dire une seule prise**, puis rangez le tube jusqu’à notre prochaine rencontre. Une seule dose pour les semaines à venir et c’est tout.

Oui, je sais, c’est très peu, mais si vous n’avez pas besoin de plus, il n’est pas conseillé de répéter les doses inutilement. L’homéopathique agit sur plusieurs jours, plusieurs semaines et la répétition se fait au besoin seulement. Je vous indiquerai comment répéter le remède selon votre besoin personnalisé.

**Comment prendre les granules ?**

**Mettez les granules dans le bouchon du tube ou dans une cuiller, puis directement dans la bouche sans les toucher. Sur la langue ou sous la langue.**

**Pour les nouveaux-nés, pour les bébés de moins de 6 mois, diluez les granules dans environ 50 ml d’eau pure, d’eau de source.** Secouez vigoureusement pendant 30 secondes puis **donnez quelques gouttes pour une dose**. Encore une fois, c’est le contact d’une seule goutte d’eau avec les muqueuses en une seule prise qui fait la dose, et non le nombre de gouttes. Il est important de ne pas répéter les doses sans que ce ne soit indiqué.

Une fois le remède pris

**Notez vos réactions au remède**

Entre deux consultations, notez vos rêves, les réactions au remède, les événements très marquants qui vous touchent beaucoup,

ce que vous vivez juste avant un retour de symptômes.

La consultation est un processus dans lequel votre implication est essentielle.

Vos réponses m’aident à déterminer le remède qui peut vous aider de façon maximale. De porter attention entre deux consultations et de noter vos observations peut m’aider à bien distinguer les meilleures granules pour vous.

**Processus d’équilibre**

**Après avoir pris votre granules homéopathique,** il peut arriver que votre corps réagisse dans un processus d’équilibre.

**Vous pouvez remarquer des retours d’anciens symptômes ou une intensification passagère des symptômes actuels.** Ce processus normal ne dure pas mais il est important de noter les réactions, car il indique que votre corps répond bien au remède. Laissez agir et contactez-moi au besoin.

Information complémentaire

**Nutrition saine**

**Depuis l’âge de 15 ans, j’ai opté pour une alimentation végétarienne puis végétalienne, puis à base de plante et d’aliments complets (Plant Based Whole Food avec un minimum d’huile, mais plutôt avec des sources de gras dans les aliments entiers tel que noix, avocats, etc).**

Cette alimentation a fait ses preuves dans sa capacité de maintenir un état maximal de santé et d’équilibre et de prévenir ou contribuer à soigner les maladies chroniques les plus courantes dans notre société. Réf. Le Rapport Campbell de T.Collin Campbell.

J’ai vu à travers mes années de pratique combien cette alimentation a changé la vie de ceux que je suis.

Si vous souhaitez apporter des changements à votre alimentation, je vous propose de visionner les documentaires suivants, que vous trouverez certainement en ligne. Vous serez informés et éclairés sur la science de la nutrition.

**Forks Over Knives**

**The Game Changers**

**Food Choices**

**What The Health
Seaspiracy**

**L’association végétarienne de Montréal offre aussi un grand soutien.**

<https://vegemontreal.org/>

**Sur le site** [NutritionFacts.org](http://NutritionFacts.org)**, vous trouverez rassemblées une foule de courtes vidéos et d’articles scientifiques sur la nutrition qui sont très bien vulgarisés par le Dr. Greger.** Entrez le sujet qui vous intéresse dans l’icône de recherche et retrouvez les articles scientifiques publiés sur le sujet.

Si vous avez des questions entre les consultations, n’hésitez pas à m’écrire par courriel.

Si vous n’avez pas de réponse de ma part, c’est peut-être parce que votre courriel est tombé dans ma boite de courrier indésirable. N’hésitez pas à me relancer par courriel.

Merci de ne pas m’envoyer de texto.

| **RÉCAPITULATIF** | **À cocher** |
| --- | --- |
| **AVANT LA CONSULTATION** | Consultation en ligne | * S’assurer d’être seul
 |  |
| * Lieu tranquille
 |  |
| * Écouteurs pour éviter l’écho
 |  |
| **Cycle** | **Si menstruée avant ou pendant la consultation, le dire** |  |
| PRISE DES REMÈDES | ÉVITER tisane, crème, pommade, huile essentielle, gomme à mâcher, dentifrice | **X**  Menthe poivrée |  |
| **X**  Menthol |  |
| **X**  Camphre |  |
| **X**  Eucalyptus |  |
| **X**  Café |  |
| **X**  Alcool (les premières 48 heures après la prise du remède) |  |
| **X**  Cannabis (CBD et THC) |  |
| Dose | 2-3 granules = 1 dose |  |
| Façon | Dans le bouchon, puis directement dans la bouche, sans les toucher |  |
| Pour les bébés de moins de 6 mois:1. Diluez les granules dans environ 50 ml d’eau pure, d’eau de source
2. Secouez vigoureusement pendant 30 secondes
3. Donnez quelques gouttes pour une dose.
 |  |
| UNE FOIS LE REMÈDE PRIS | Tenir un journal pour noter | Réactions au remède (retour d’anciens symptômes ou autres) |  |
| Rêves |  |
| Événements marquants qui vous touchent |  |
| Autre dose? | Si une seule dose est indiquée, ranger ensuite le tube jusqu’à la prochaine consultation |  |

Politique d’Annulation et de remboursement.

**Lorsque vous ne pouvez vous présenter à un rendez-vous, un avis de
24 heures m’est nécessaire afin d'allouer ce temps à une autre personne. Sans avis d’annulation de 24 heures, la consultation vous sera facturée.**

**Pour les consultations en ligne, je vous prie de régler la consultation
48 heures avant l’heure du rendez-vous. Les consultations en ligne payées d’avance peuvent être remboursées ou reportées avec un préavis de
24 heures.**

**\*J’ai lu et pris connaissance des conditions d'annulation de rendez-vous d’Ingrid Schutt.**

**Signature : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**ATTESTATION PRÉALABLE À LA CONSULTATION**

Le client atteste :

1. qu’il est venu de son gré requérir les services de l’homéopathe et qu’il n’a subi aucune pression de sa part;

2. qu’il s’est présenté sous son vrai nom, de bonne foi et pour nul autre motif que celui véritable de soins en homéopathie;

3. avoir donné des informations relatives à son dossier personnel. En fonction des dispositions relatives à la loi sur la protection des renseignements personnels et des documents électroniques (LPRPDE), et à moins d’avis contraire de votre part, nous considérons que vous consentez ainsi à ce que nous consignions dans un dossier tous les renseignements que vous nous avez transmis ou nous transmettrez, verbalement ou par écrit. Également, à moins d’avis contraire de votre part par lettre enregistrée, nous considérons que votre consentement sera valide pour une période de cinq (5) ans;

4. qu’il ne peut demander à l’homéopathe de poser un acte médical ou un diagnostic réservé aux praticiens de la médecine allopathique ou autres au sens du code des professions, ni qu’il ne peut non plus l’inciter à le faire;

5. qu’en aucun temps l’homéopathe lui a suggéré de cesser sa médication allopathique;

6. qu’il est lui-même/elle-même responsable du vocabulaire médical qu’il utilise et qu’il ne peut nullement en imputer la responsabilité à l’homéopathe, même si cette dernière doit en reprendre les termes pour fins d’explication;

7. que tout reçu qui est émis par le thérapeute au client est émis strictement afin de reconnaître la réception par le thérapeute du paiement versé par le client pour les services rendus.

L’utilisation de ce reçu par le client à quelque fin que ce soit

incluant, sans limitation, l’obtention d’un remboursement dudit paiement par toute personne, incluant une compagnie d’assurance, demeurera l’entière et l’exclusive responsabilité du client, le thérapeute n’effectuant aucune représentation quant à l’admissibilité ou la non-admissibilité du service reçu à pareille fin.

Le client, par sa signature, atteste avoir pris connaissance des déclarations des articles pré-cités et ne pas être en défaut en ce qui concerne leur contenu.

**J’ai lu et pris connaissance des informations générales à propos de la consultation et de la prise des remèdes et l’attestation préalable à la consultation.**

**Signature : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

Merci de votre patience.

**Au plaisir de vous rencontrer en consultation en ligne.**

**Ingrid Schutt**