

# La Hijama

## Nouveau formulaire d'antécédents médicaux du patient

Date : .....

Nom : .....

Date de naissance : .....

Numéro de téléphone du patient : .....

Adresse : .....

Taille : ..... Poids : .....

Adresse E-mail : .....

**Historique médical personnel :** Avez-vous déjà eu, ou avez-vous déjà, l'une des pathologies suivantes? (Cochez si oui ou surlignez le cas échéant)

<input type="radio"/> Anémie	<input type="radio"/> Dépression	<input type="radio"/> Accident vasculaire cérébral
<input type="radio"/> Arthrite	<input type="radio"/> Diabète	<input type="radio"/> Colite ulcéreuse
<input type="radio"/> Asthme	<input type="radio"/> Emphysème	<input type="radio"/> Autres ? Merci de décrire :
<input type="radio"/> Allergies	<input type="radio"/> Problèmes endocriniens	
<input type="radio"/> Angine	<input type="radio"/> DIRD	
<input type="radio"/> Anxiété	<input type="radio"/> Glaucome	
<input type="radio"/> Caillots sanguins	<input type="radio"/> Hépatite	
<input type="radio"/> Troubles hémorragiques	<input type="radio"/> VIH / SIDA	
<input type="radio"/> Cancer	<input type="radio"/> Hypertension	
<input type="radio"/> Obstructive chronique	<input type="radio"/> Maladie rénale	
<input type="radio"/> Maladie pulmonaire	<input type="radio"/> Problèmes de santé mentale	
<input type="radio"/> Trouble de la coagulation	<input type="radio"/> L'infarctus du myocarde	
<input type="radio"/> Insuffisance cardiaque congestive	<input type="radio"/> Maladie de l'ulcère peptique	
<input type="radio"/> La maladie de Crohn	<input type="radio"/> Crises d'épilepsie	

### **Historique chirurgical personnel :**

Avez-vous déjà subi une intervention chirurgicale ? Si c'est le cas, merci d'expliquer ci-dessous :

Traitement actuel ?





**Contre-indications :** la thérapie des ventouses peut affecter la liste suivante des pathologies. Tous les patients doivent consulter leur médecin avant de commencer les séances de traitement. Tout le travail corporel et énergétique sera pratiqué discrètement par le praticien, selon la maladie, les conditions et les niveaux de stress que le client présente avec:

Diabète Cancer Coupures / abrasions Masses non diagnostiqués sur le corps Thrombose / Embolie Lacérations / ulcères Premières étapes du travail Blessures / chirurgies récentes Verrues / Plaques sur la peau Problèmes de mémoire	Épilepsie Fractures actuelles Entorses / foulures récentes Maladies cardiaques Dysfonction nerveuse Œdème sévère Bardeaux actifs Maladie / troubles de la peau Hypo / hypertension artérielle Varices	Post-opération d'une greffe d'organe Coup de soleil / coup de vent Fractures osseuses Troubles de saignement Problèmes de mémoire Maladie contagieuse Hémorragie récente
---	---	--

### Consentement éclairé aux soins :

Je comprends que les informations médicales enregistrées dans ce formulaire sont seulement pour un usage informationnel / thérapeutique et sont strictement confidentielles. Je comprends que je dois consulter mon médecin si j'ai actuellement ou si j'ai développé l'une des conditions susmentionnées, avant que je puisse commencer avec qui que ce soit le travail de l'énergie. Je comprends que le praticien peut combiner des thérapies et créer sur mesure un ensemble de traitement qui pourrait inclure l'un ou l'ensemble des traitements suivants: Hijama (sèche / Massage / humide)

- Le praticien a expliqué les procédures pour tous ces traitements. Je comprends qu'il y aura utilisation de lames chirurgicales pendant les procédures de saignées/ hijama humide.
- Je donne la permission au praticien d'utiliser une petite lame d'incision chirurgicale sur mon corps afin de gratter la surface de la peau et de tirer une petite quantité de sang toxique selon sa discrétion professionnelle. Je comprends que mes résultats peuvent ne pas être immédiats après chaque traitement. Je prends l'entière responsabilité de mon traitement et j'ai choisi d'entreprendre la thérapie par ventouses (la Hijama).
- J'accepte d'être ponctuel à mes rendez-vous. Aviser 24h à l'avance pour chaque annulation et payer les frais d'une session complète si je n'assiste pas à mon rendez-vous sans préavis.
- Les paiements sont dus à l'avance.

Nom du patient: .....

Signature du patient:

Date : / /