



## DÉCLARATION DE SANTÉ

*Takiwasi*

### RENSEIGNEMENTS PERSONNELS

Prénom(s)		Nom de Famille					
D. Naissance	Age	Sexe	Masculin	Féminin	Religion		
État civil	Célibataire	Marié(e)	Veuf/veuve	Divorcé(e)	Vie maritale	Autre	Nombre d'enfants
Niveau d'études		Profession/occupation					
Doc. d'Identité		Langue			Maniement de l'espagnol		
Lieu de naissance (ville)				Nationalité			
Pays de résidence			Ville de résidence				
Adresse actuelle							
Téléphone fixe			Téléphone portable				
E-mail							
<b>Personne à contacter en cas d'urgence:</b>							
Prénom		Nom de Famille					
Lien de parenté		Pays de résidence					
Ville		E-mail					
Téléphone fixe			Téléphone portable				
Adresse							

Nous vous remercions de bien vouloir remplir ce questionnaire avec une totale honnêteté.. **Le Centre Takiwasi décline toute responsabilité pour tout problème qui serait provoqué par l'omission ou le manque de véracité dans les réponses aux questions suivantes.**

Répondez à tous les points en entourant le OUI ou le NON. Si vous entourez le OUI, précisez votre réponse dans l'espace qui suit ou si nécessaire, sur une feuille supplémentaire.

Nous vous demandons de nous signaler si vous souffrez d'une maladie, d'un problème pathologique ou fonctionnel (physique ou psychologique) non inclus dans ce questionnaire.

### I. INFORMATIONS MÉDICALES ACTUELLES

- |  |     |       |     |
|--|-----|-------|-----|
| 1. Souffrez-vous d'une ou plusieurs maladies actuellement? | NON | OUI   |     |
| La ou lesquelles? Depuis combien de temps?                 |     |       |     |
| 2. Avez vous une gêne quelconque actuellement?             | NON | OUI   |     |
| Laquelle?  |     |       |     |
| 3. Prenez-vous des médicaments actuellement?               | NON | OUI   |     |
| Le(s)quel(s)? (Préciser la posologie)                      |     |       |     |
| Depuis quand?  |     |       |     |
| Est ce une prescription médicale ?                         |     |       |     |
| 4. Avez-vous été vacciné les 6 derniers mois?              | NON | OUI   |     |
| Lesquelles?  |     |       |     |
| 5. Avez-vous été vacciné contre la COVID Sars-Cov-2?       | NON | OUI   |     |
| Combien de doses au total?                                 |     |       |     |
| 6. Taille  | m.  | Poids | kg. |

### II. HABITUDES

- |  |        |          |              |
|--|--------|----------|--------------|
| Appétit  | Normal | Augmenté | Diminué      |
| Sommeil  | Normal | Augmenté | Diminué      |
| Selles   | Normal | Diarrhée | Constipation |
| Urine  | Normal | Anormale |              |
| Suivez- vous un régime diététique particulier? |        | NON      | OUI          |
| Lequel   |        |          |              |



**III. ANTÉCÉDENTS PATHOLOGIQUES PERSONNELS**

Avez-vous souffert d'une des maladies, signes, ou symptômes suivants?

En cas de réponse affirmative, indiquez approximativement l'année. Si nécessaire, utilisez une feuille supplémentaire pour donner tous les détails.

**1. Maladies Infectieuses**

Hépatite	NON	OUI	Type A	B	C	Année
Typhoïde	NON	OUI				Année
Paludisme	NON	OUI				Année
Maladies vénériennes	NON	OUI				Année
Diagnostic			Traitement			
HIV (+)	NON	OUI				Année
SIDA	NON	OUI				Année
Autres						Année

**2. Maladies Digestives**

Ulcère gastro-duodéal ou gastrite	NON	OUI				Année
Suivez-vous un traitement	NON	OUI	Le(s)quel(s)			
Avez-vous encore des symptômes?	NON	OUI	Le(s)quel(s)			
Hémorragie digestive	NON	OUI				Année
Troubles du fonctionnement hépato-biliaire (foie/vésicule)	NON	OUI				Année
Précisez lequel						
Ictère (jaunisse)	NON	OUI				Année
Hernie hiatale	NON	OUI				Année
Chirurgie de l'appareil digestif	NON	OUI				Année
Précisez laquelle						
Avez-vous des problèmes pour vomir?	NON	OUI				Année
Précisez lesquels						
Autres						Année

**3. Maladie Respiratoire Chronique:**

Asthme	NON	OUI				Année
Tuberculose	NON	OUI				Année
Autres						Année

**4. Maladies Cardiovasculaires:**

Altération congénitale	NON	OUI				
Préciser le diagnostic						
Infarctus	NON	OUI				Année
Angine de poitrine/pré-infarctus	NON	OUI				Année
cérébro vasculaire	NON	OUI				Année
Insuffisance cardiaque	NON	OUI				Année
Hypertension ou hypotension artérielle	NON	OUI				Année
Suivez-vous un traitement?	NON	OUI				Année
Précisez le traitement et la durée						
Indiquez pression artérielle <b>sans traitement</b>			Pression systolique (haute)		Pression diastolique (basse)	
Pression artérielle <b>actuelle</b>			Pression systolique (haute)		Pression diastolique (basse)	
Troubles du rythme cardiaque	NON	OUI				Année
Précisez						
Valvulopathie	NON	OUI				Année
Autres						Année



## DÉCLARATION DE SANTÉ

*Takivasi*

### 5. Maladies du Système Nerveux

Maux de têtes, migraines	NON	OUI	Année
Convulsions	NON	OUI	Année
Précisez			
Epilepsie	NON	OUI	Année
Vertiges	NON	OUI	Année
Sciatique	NON	OUI	Année
Autres			Année

### 6. Maladies Psychiatriques

Avez-vous déjà eu un diagnostic psychiatrique / psychologique?	NON	OUI	Année
Précisez lequel			
Avez-vous été interné du fait de cette maladie psychiatrique?	NON	OUI	Année
Durée, fréquence, contexte et prescription médicale			
Suivi psychothérapeutique	NON	OUI	Année
Tentatives de suicide	NON	OUI	Année
Troubles de la personnalité	NON	OUI	Année
Précisez			
Avez vous eu des épisodes d'Anorexie/Boulimie?	NON	OUI	Année
Précisez			
Autres			Année

### 7. Maladies Auto-Immunes

Lesquelles?	NON	OUI	Année
-------------	-----	-----	-------

### 8. Maladies du Métabolisme

Diabète	NON	OUI	Année
Préciser le type, prescription médicale compensé ou non, complications			
Excès de cholestérol / triglycérides	NON	OUI	Année
Autres			Année

### 9. Maladies du Système Génito-Urinaire

Aigüe	NON	OUI	Année
Chronique	NON	OUI	Année
Diagnostic et prescription médicale			

### 10. Perturbation ou Dysfonctionnement Sexuel

Lesquels?	NON	OUI	Année
Maladies ou opérations sur les organes sexuels?	NON	OUI	Année
Lesquelles?			Année

### 11. Maladies de la Peau et Annexes (Ongles, Cheveux)

Lesquelles?	NON	OUI	Année
-------------	-----	-----	-------

### 12. Tumeurs

Bénignes	NON	OUI	Année
Malignes	NON	OUI	Année
Lesquelles?			Année

### 13. Maladies du Sang

Lesquelles?	NON	OUI	Année
-------------	-----	-----	-------

### 14. Allergies

Précisez	NON	OUI	Année
----------	-----	-----	-------



## DÉCLARATION DE SANTÉ

*Takiwasi*

<b>15. Maladies Endocriniennes (Thyroïde, Ovaires)</b>	NON	OUI		
Lesquelles ?				Année
<b>16. Accidents - Lésions</b>	NON	OUI		
Précisez				Année
<b>17. Hospitalisation</b>	NON	OUI		
Motif				Année
Précisez				
<b>18. Opérations</b>	NON	OUI		
Précisez				Année
<b>19. Invalidité</b>	NON	OUI		
Degré				Année
<b>20. Antécédents Gynéco-Obstétricaux (uniquement les femmes)</b>				
Pilule ou injection anticonceptionnelle	NON	OUI		
Nombre de grossesses	Nombre d'enfants		Vivants	Décédés
Problèmes durant la grossesse et/ ou l'accouchement?				
Avortements	NON	OUI	Combien?	
Spontanés (Combien ?)			Année	
Provoqués (Combien ?)			Année	
Traitements pour la fertilité?				
Troubles des règles?	NON	OUI		
Précisez				
<b>21. Antécédents de Reproduction (uniquement les hommes)</b>				
Quelle(s) méthode(s) de contraception utilisez-vous?				
Nombre de grossesses	Nombre d'enfants		Vivants	Décédés
Avortements	NON	OUI	Combien ?	
Spontanés (Combien?)			Année	
Provoqués (Combien?)			Année	
Traitements pour la fertilité ?				
<b>22. Sexualité</b>				
Identité sexuelle définie	NON	OUI	Orientation sexuelle	
Troubles de la sexualité ?				

### IV. ANTÉCÉDENTS PATHOLOGIQUES FAMILIAUX

- |   |     |     |
|---|-----|-----|
| 1. Il y a-t-il des antécédents pathologiques dans votre famille?<br>(Spécialement : diabète, épilepsie, hypertension, problèmes cardiaques, troubles psychiatriques)<br>Lesquels? | NON | OUI |
| 2. Il y a-t-il une maladie héréditaire dans votre famille?<br>Laquelle?   | NON | OUI |

### V. AUTRES ANTÉCÉDENTS

- |  |     |     |
|--|-----|-----|
| 1. Avez-vous un autre problème qui ne soit pas mentionné auparavant? | NON | OUI |
|--|-----|-----|



## DÉCLARATION DE SANTÉ

*Takiwasi*

### VI. CONSOMMATION DE SUBSTANCES PSYCHOACTIVES

#### SANS RITUEL

SUBSTANCE	NON	OUI	PENDANT COMBIEN DE TEMPS AVEZ-VOUS CONSOMMÉ? Nombre de mois ou d'années et date de 1ère consommation	FREQUENCE DE CONSOMMATION Combien fois/ jour/semaine//mois Pendant combien de temps	DATE APROXIMATIVE DE DERNIERE CONSOMMATION
Cocaïne					
Pâte base de Cocaine					
Crack					
Morphine					
Héroïne					
Codéine					
Marijuana					
Hachich					
Alcool					
Tabac					
Amphétamines					
LSD					
Ectasy					
Drogues de synthèse					
Précisez					
Médicaments					
Précisez					
Autres					

Vous considérez-vous dépendant d'une ou plusieurs de ces substances? NON OUI  
Lesquelles?

#### DANS UN CONTEXTE RITUEL OU CULTUREL

SUBSTANCE	NON	OUI	DANS QUELLES CIRCONSTANCES? Rituel dirigé par un maître, seul ou récréatif	FRÉQUENCE Combien de fois durant combien de temps	DATE APROXIMATIVE DE DERNIERE CONSOMMATION
San Pedro Wuachuma					
Champignons					
Peyote					
Ayahuasca					
Iboga					
Kava-kava					
Salvia divinorum					
Autres					
Lesquelles					

### VII. EXPERIENCES D'ETATS MODIFIES DE CONSCIENCE (EMC)

1. Avez-vous expérimenté un EMC sans consommation de substances psychoactives?	NON	OUI
<b>Spontanés</b>	NON	OUI
Dans quelles circonstances?		
A quand remonte votre dernière expérience?		
Avec quelle fréquence?		
<b>Induits</b>	NON	OUI
Dans quelles circonstances?		
A quand remonte votre dernière expérience?		
Avec quelle fréquence?		



## DÉCLARATION DE SANTÉ

*Takiwasi*

**Expériences de mort imminente**                      NON                      OUI

Dans quelles circonstances?

A quand remonte votre dernière expérience ?

Avec quelle fréquence?

**Phénomènes médiumniques ou paranormaux**                      NON                      OUI

Dans quelles circonstances?

À quand remonte votre dernière expérience?

Avec quelle fréquence?

### VIII. PRATIQUES OU UTILISATION DE MÉDECINES ALTERNATIVES

Indiquez, SVP, si vous êtes usager ou si vous dirigez une des pratiques suivantes, en précisant le nom de cette pratique

	NON	OUI	Noms de la (ou les) pratique	Indiquez si vous êtes usager ou guide -instructeur d'autres personnes
Médecines Alternatives: Ayurveda, Médecine Chinoise, Homéopathie, Anthroposophie, etc.				
Techniques de connaissance de soi Méditation, yoga etc				
Reiki				
Maniement des plantes médicinales				
Maniement des plantes psychoactives				
Autres pratiques				

Indiquez si vous avez fait, expérimenté des temps de retraites, des diètes, des séjours en isolement ou de recueillement dans un but de développement personnel, d'apprentissage, de guérison ou de recherche spirituelle

NOM DE LA PRATIQUE

BUT

DURÉE DE L'EXPÉRIENCE  
jours, semaines, mois

FRÉQUENCE  
hebdomadaire, mensuelle, annuelle

Souhaitez-vous ajouter un commentaire ou une précision supplémentaire?



## DÉCLARATION DE SANTÉ

*Takiwasi*

---

Je, soussigné(e), \_\_\_\_\_ garantis la véracité des informations  
données dans ce document. J'exonère le Centre Takiwasi et me porte entièrement responsable des conséquences dues à toute omission ou manquement  
à la vérité. J'affirme que je participe de mon plein gré aux séances thérapeutiques organisées par Takiwasi.

A \_\_\_\_\_

le \_\_\_\_\_

Signature \_\_\_\_\_