

Notre engagement sur le recueil des données de santé

Vous avez choisi de participer à un séjour de jeûne dans l'un de nos centres Jeûne & Bien-être et nous vous remercions pour votre confiance.

Les séjours proposés par Jeûne & Bien-être sont des séjours de prévention et d'hygiène de vie et n'ont aucun but thérapeutique.

Pour vous accompagner au mieux dans votre démarche de jeûne, nous devons avoir connaissance de votre santé générale et nous assurer que celle-ci ne présente pas de contre-indications à la pratique du jeûne de bien-être.

La collecte de ces informations conditionne votre participation à ce séjour et nous vous invitons à y répondre de façon la plus complète et sincère possible.

Le questionnaire de santé ci-après respecte les règles de bienveillance ainsi que de discrétion et de secret professionnel.

Il doit être adressé directement au responsable du stage **uniquement** par voie postale à l'adresse qui est mentionnée dans votre mail d'inscription. Pour des raisons de sécurité, aucune donnée de santé ne peut être envoyée et conservée de façon numérique. Nous déconseillons donc un envoi par mail.

L'équipe encadrante aura accès à ce document pour vous accompagner de la façon la plus adaptée à votre santé durant votre séjour.

Dans le cas où un avis complémentaire est nécessaire, vos données de santé seront transmises à notre professionnel référent (médecin ou naturopathe référent) de façon anonyme afin de garantir la sécurité de vos données de santé.

Toute version réceptionnée au format numérique est supprimée définitivement après impression. Le document papier sera conservé 3 mois maximum après votre séjour avant d'être détruit par un destructeur de documents à coupe croisée aux normes RGPD.

Si vous estimez, après nous avoir contactés, que vos droits « Informatique et Libertés » ne sont pas respectés, vous pouvez adresser une réclamation à la CNIL.

Questionnaire santé au dos .../...

Questionnaire santé

Ce questionnaire a pour but de préparer votre démarche de jeûne. Nous vous rappelons que nos stages sont des stages de prévention et d'hygiène de vie, et qu'ils n'ont aucun but thérapeutique. Les règles de bienveillance, discrétion et secret professionnel sont respectées.

Nom :	Prénom :	
Date de naissance :	Taille :	Poids :
Personne à joindre si besoin :	Tel :	

Entourer la case concernée

Souffrez-vous actuellement d'une maladie ou d'un problème chronique : Si oui, lequel :	Oui	Non
Antécédents médicaux ou chirurgicaux : Si oui lesquels :	Oui	Non
Actuellement suivez-vous un traitement médical Si oui : lequel et pourquoi ?	Oui	Non
Nos séjours de jeûne sont de 7 jours maximum. Je m'engage à ne débiter mon jeûne qu'à partir du premier jour de mon séjour dans le centre.	Oui	Non
Souffrez-vous ou avez-vous souffert de :		
Problèmes de tension : Hypotension <input type="checkbox"/> Hypertension <input type="checkbox"/>	Oui	Non
Problèmes cardiaques : Troubles du rythme <input type="checkbox"/> Insuffisance cardiaque <input type="checkbox"/> Pose de stents <input type="checkbox"/> Souffle <input type="checkbox"/> autre :	Oui	Non
Problèmes respiratoires : Asthme <input type="checkbox"/> Bronchite chronique <input type="checkbox"/> autre :	Oui	Non
Troubles métaboliques : Diabète <input type="checkbox"/> Cholestérol <input type="checkbox"/> Acide urique <input type="checkbox"/> autre :	Oui	Non
Problèmes de thyroïde : Hypothyroïdie <input type="checkbox"/> Hyperthyroïdie <input type="checkbox"/> Ablation <input type="checkbox"/>	Oui	Non
Allergies : Rhume des foins <input type="checkbox"/> Médicaments <input type="checkbox"/> Aliments <input type="checkbox"/> autre :	Oui	Non
Problèmes rénaux : Calculs <input type="checkbox"/> Insuffisance rénale <input type="checkbox"/> autre :	Oui	Non
Troubles digestifs : Ulcère <input type="checkbox"/> Gastrite <input type="checkbox"/> Reflux gastro-œsophagien <input type="checkbox"/> Hépatite <input type="checkbox"/> Calculs biliaires <input type="checkbox"/> Insuffisance hépatique <input type="checkbox"/> Troubles du transit <input type="checkbox"/> autre :	Oui	Non
Douleurs musculaires ou articulaires : Lombalgie <input type="checkbox"/> Sciatique <input type="checkbox"/> Arthrose <input type="checkbox"/> autre :	Oui	Non
Troubles du sommeil : Difficultés d'endormissement <input type="checkbox"/> Réveils nocturnes <input type="checkbox"/>	Oui	Non
Troubles nerveux : Dépression <input type="checkbox"/> Anxiété, angoisse <input type="checkbox"/> Bipolarité <input type="checkbox"/> Épilepsie <input type="checkbox"/> autre :	Oui	Non
Troubles divers : Fatigabilité <input type="checkbox"/> Spasmophilie <input type="checkbox"/> Crampes musculaires <input type="checkbox"/> Vertiges <input type="checkbox"/> Malaise vagal <input type="checkbox"/> Maux de tête <input type="checkbox"/> autre :	Oui	Non

Je certifie sur l'honneur l'exactitude des renseignements fournis et avoir été informé(e) de l'utilisation des données de ce document.

Date :

Signature :