

Questionnaire Santé

Appel ou visite du _____

NOM et Prénom _____

Âge _____

Ville _____

Téléphone _____

Comment nous avez-vous connu ? _____

Type de massage ?

Relaxant Stimulant Appuyé

1^{ère} fois ? Oui Non

Traitement médical ? Oui Non

Nom et utilisation :

Enceinte ? Oui Non

Combien de mois ? _____

Facteurs de risque élevés ? _____

Période d'allaitement ? Oui Non

Suspicion de grossesse ? Oui Non

Contre-indications majeures : Oui Non

- Hémophilie/traitement anti-coagulant
- Phlébite/Trombose/Varices importantes
- Cancer/Tumeur
- Fièvre
- VIH/Covid-19/Maladies contagieuses

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Tension artérielle | <input type="checkbox"/> Problème cardiaque |
| <input type="checkbox"/> Problème neurologique | <input type="checkbox"/> AVC |
| <input type="checkbox"/> Épilepsie | <input type="checkbox"/> Maladie auto-immune |
| <input type="checkbox"/> Diabète | <input type="checkbox"/> Maladie rénale |

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Hypo ou Hyper tension | <input type="checkbox"/> Hypo ou hyper thyroïdie |
| <input type="checkbox"/> Problème musculo-squelettique | <input type="checkbox"/> Ostéoporose |
| <input type="checkbox"/> Prothèse articulaire | <input type="checkbox"/> Arthrite |
| <input type="checkbox"/> Entorse ou foulure | <input type="checkbox"/> Maux de tête/Migraines |
| <input type="checkbox"/> Eczéma/Psoriasis | <input type="checkbox"/> Autres |

Opérations récentes ? Oui Non

Morphologie

Ronde Musclée Osseuse Maigre

Allergies ?

Oui Non

Si oui, de quel type : (fruits, agrumes, plantes, épices, fleurs, autres, etc.)

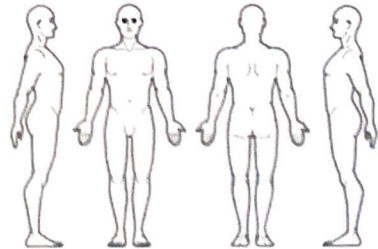
État général

Stress/angoisses ? Oui Non

Trouble du sommeil ? Oui Non

Autre ?

Douleurs particulières ? Oui Non



Massages proposés

Je soussigné(e)

reconnait être informé(e) que l'objectif du massage de bien-être est la détente et le bien-être corporel et m'engage à informer mon praticien en cas de quelconque changement d'ordre médical.

Fait à _____ Le _____
Signature.