PourvuKelle Soit Douce

Le massage est une discipline impliquant différentes manœuvres. Ses effets sont profonds et doivent être pris au sérieux car ils peuvent présenter des risques. Merci de bien vouloir remplir ce questionnaire de santé. Celui-ci permettra d’être informé sur les conditions actuelles de votre corps et sur votre état de santé en général et d’adapter les soins en fonction de vos besoins, vos aspirations et vos limites.
Ce questionnaire est strictement confidentiel et réservé à l'usage unique de la praticienne qui peut exiger un certificat médical dans certain cas.

NOM : …………………………………………Prénom ………………………Date de naissance……………………………………………

Adresse : ………………………………………………………………………………………………….

Email :……………………………………………… Tél : …………………………………………….

1. Souffrez-vous de problèmes de santé OUI NON

Si oui lesquels ?

2. Avez-vous eu une blessure ou une opération au cours des 6 derniers mois ? OUI NON

3. Si vous êtes une femme ; êtes-vous enceinte ? OUI NON

SI oui de combien de mois ?

4. Contre indication (Entourez les symptômes actuels)

Fièvre Inflammation Thrombose ou embolie Cancer

Maladie infectieuse. Hernie Ostéoporose Varices Fractures

Problèmes de peau : si oui le(s)quel(s)

5. Avez-vous des douleurs physiques ? OUI NON

Si oui, où ?

6. Avez-vous du matériel (vis, plaques, broches) OUI NON

Si oui depuis combien de temps et où ?

7. Y a-t-il autre chose que vous pensez utile de mentionner (maladie chronique, sciatique, traitement médicamenteux, allergies). OUI NON

8. Si une ou plusieurs réponses ci-dessus est positive, votre médecin traitant est-il au courant et d’accord que vous ayez recours à des massages ? OUI NON

9. Avez-vous déjà reçu un massage ? OUI NON

De quel type ?

10. Pouvez-vous noter entre 0 et 5 votre état physique et émotionnel ainsi que votre vitalité

Etat de santé physique 1. 2. 3. 4. 5 Etat de santé emotionnelle. 1. 2. 3. 4. 5

Le ……../……../…………… Signature