



www.UnRdvpourSoi.com

Massages Traditionnels de Relaxation

Membre de la Fédération Française de Massages Traditionnels en Relaxation (FFMTR)

Questionnaire Santé

Ce questionnaire de santé a pour but de connaître les indications et les contre indications pour la séance de MASSAGE BIEN ETRE . Ces données demeureront confidentielles.

Renseignements personnels

Nom et Prénom : _____ Date de naissance : _____
Adresse : _____
E mail: _____ Profession : _____
Téléphone Résidentiel : ___/___/___/___/___ Téléphone Cellulaire : ___/___/___/___/___
Comment m'avez-vous connu? _____

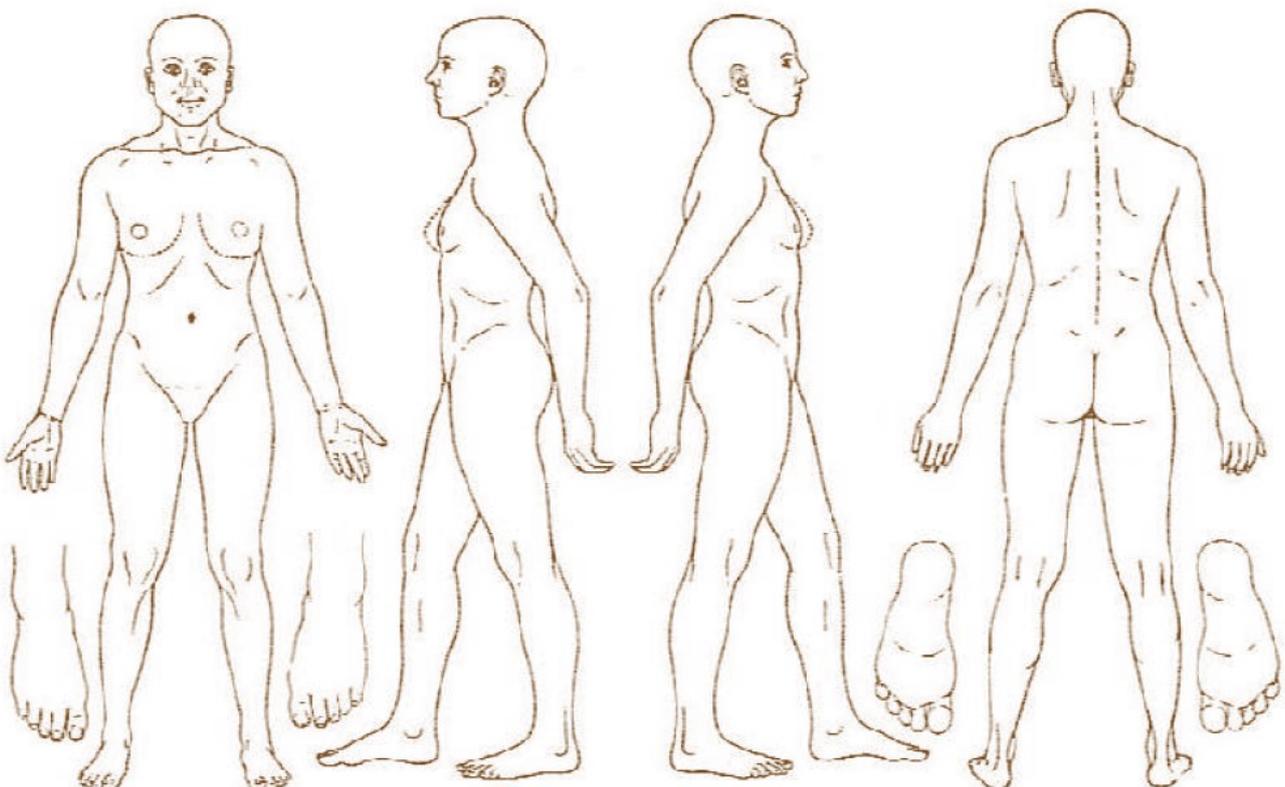
Généralités

Pratiquez-vous des sports ? oui - non - _____
Avez-vous déjà reçu un massage ? oui non
Quel genre de massage ? Californien Shiatsu Kinésithérapie Pierre chaudes Autre : _____
Qu'avez-vous aimé le plus durant ce (s) massage (s) ?

Qu'avez-vous aimé le moins durant ce (s) massage (s) ?

Quel motif vous amène en séance de MASSAGE BIEN ETRE ? _____

Evaluation de la douleur s'il y a lieu : Veuillez indiquer sur ce schéma où se manifeste la douleur



Que ressentez-vous ? Tensions douleur engourdissement autre _____

Depuis quand ? _____ **Echelle de douleur de 0 à 10 :** _____

Fréquence de la douleur ? Constante périodique occasionnelle soudainement progressivement

Durant le jour au réveil la nuit

Facteurs déclencheurs ? Position debout assis couché

-posture de sommeil _____

-posture / geste au travail _____

-Sport : quels mouvements _____

Quels sont les moyens de soulagement? _____

Avez-vous consulté un professionnel à ce sujet? Oui Non Lequel ? _____

Si oui, quel était le diagnostic du professionnel ? _____

Etes-vous / avez-vous été traité ? Oui Non

Grossesse et cycle menstruel

Etes-vous enceinte ? Oui Non **Date prévue :** _____ grossesse à risque nausées

Souffrez vous actuellement ...

*** **Cocher les systèmes vérifiés et encrer les problèmes de santé**

Tégumentaire : eczéma, acné, infections, pied d'athlète, guérison lente des tissus Autres : _____

Musculo-Squelettique : douleur, bursite, tendinite, fibromyalgie, torticolis, arthrose, arthrite, lombagos, hernie discale, ostéoporose, entorse, dystrophie, scoliose, perte de courbure, atonie musculaire ou hypertonie, cancer ... Autres : _____

Circulatoire : Hypertension artérielle ou hypotension, varices, phlébite, œdème, infarctus, étourdissement, engourdissements, palpitations _____ Si oui , où et quand? _____

Autres maladies ? _____

Avez-vous souffert ou souffrez-vous d'un cancer ? Oui Non _____

Etes-vous allergique? Oui Non _____

Avez-vous subi antérieurement ? Chirurgie fracture accident autre : _____

Avez-vous des problèmes respiratoires? Asthme Emphysème Allergie Autre: _____

Portez-vous des prothèses? Orthèses Verres de contact Prothèses Autres: _____

Avez-vous une alimentation saine et équilibrée? Très Moyennement Pas du tout

Les massages proposés sont des massages bien-être et ne sont associés à aucune technique de kinésithérapie, médicale ou paramédicale. Par ailleurs, ils sont proposés dans un but de détente et de relaxation, toute autre demande non professionnelle ne saurait être acceptée, ils ne peuvent en aucun cas régler des problèmes médicaux.

Afin de respecter les règles de sécurité liées à la pratique du massage bien être, ce questionnaire santé vous sera remis avant celui-ci afin d'effectuer la séance dans les meilleures conditions.

Après avoir pris connaissance du questionnaire de santé, je (nom, prénom)
confirme que tous les renseignements donnés sont véridiques et complets. Omettre de déclarer une information pourrait affecter votre suivi, dans ce cas, la responsabilité professionnelle du praticien ne pourrait être engagée.

Signature : _____

Date : _____