

Date \_\_\_\_\_ Massothérapeute \_\_\_\_\_

Nom \_\_\_\_\_ Prénom \_\_\_\_\_

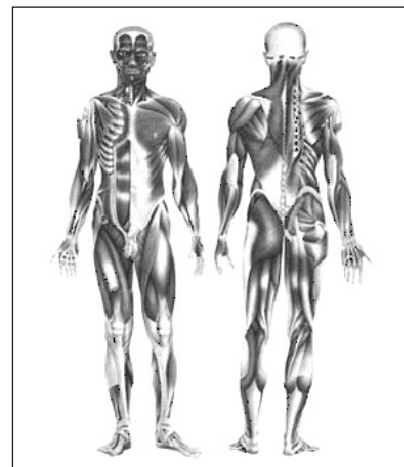
Ville de résidence \_\_\_\_\_ Âge \_\_\_\_\_

Occupation \_\_\_\_\_ Homme  Femme

S'agit-il de votre première expérience massage ?  OUI  NON

Si non, à quelle fréquence recevez-vous des massages ? \_\_\_\_\_

Veuillez encercler sur ce schéma vos zones de tensions ou de douleurs. →



### Antécédents médicaux

Avez-vous déjà rencontré ou rencontrez-vous actuellement un ou plusieurs des problèmes de santé suivants ? Ces renseignements demeurent confidentiels et seul le personnel traitant y accède.

(Précisions ou médicaments)

Allergies (produits, alimentaires, ...)  OUI  NON \_\_\_\_\_

Fatigue, stress, anxiété, dépression, insomnie  OUI  NON \_\_\_\_\_

Hémophilie  OUI  NON \_\_\_\_\_

Problèmes cardiaques (simulateur, ...)  OUI  NON \_\_\_\_\_

Problèmes circulatoires (hyper/hypotension, phlébite, thrombose, AVC, ...)  OUI  NON \_\_\_\_\_

Problèmes digestifs (ballonnements, constipation, ...)  OUI  NON \_\_\_\_\_

Diabète, hypoglycémie  OUI  NON \_\_\_\_\_

Maladies contagieuses  OUI  NON \_\_\_\_\_

Problèmes neurologiques (migraine, épilepsie, paralysie)  OUI  NON \_\_\_\_\_

Problème de peau (eczéma, psoriasis, verrues, pied d'athlète)  OUI  NON \_\_\_\_\_

Problèmes respiratoires (asthme, bronchite, grippe, ...)  OUI  NON \_\_\_\_\_

Problèmes hormonaux (hyper/hypothyroïdie, ...)  OUI  NON \_\_\_\_\_

Cancer  OUI  NON \_\_\_\_\_

Douleurs: musculaires, articulaires, inflammatoires  OUI  NON \_\_\_\_\_

Fractures, blessures, accidents graves  OUI  NON \_\_\_\_\_

Avez-vous déjà subi une chirurgie ?  OUI  NON Si oui, précisez : \_\_\_\_\_

Êtes-vous enceinte ?  OUI  NON Combien de semaines ? \_\_\_\_\_

Autres informations pertinentes : \_\_\_\_\_

Désirez-vous un reçu pour vos assurances ?  OUI  NON

Je certifie que les déclarations ci-dessus sont complètes et véridiques.

Signature : \_\_\_\_\_