

Questionnaire Santé

Ce questionnaire confidentiel a pour but de déterminer

les indications et contre-indications au massage.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Entreprise |  |  |  |  |  |  | Nom |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Fonction |  |  |  |  |  |  | Téléphone |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | ο Avez-vous déjà reçu un massage ? | | | |  |  |  |  | oui |  |  | non |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | ο Avez-vous déjà reçu un massage d'acupression ou de style japonais ? | | | | | | |  | oui |  |  | non |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | ο Avez-vous mangé dans les quatre heures écoulées ? | | | | | |  |  | oui |  |  | non |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | ο Avez-vous des antécédents d'évanouissement ? | | | | |  |  |  | oui |  |  | non |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | ο Souffrez-vous de problèmes médicaux récents ou chroniques ? | | | | | | |  | oui |  |  | non |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | Veuillez en parler avec votre massothérapeute avant le début du massage | | | | | | | |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | ο Êtes-vous suivi par un professionnel de la santé, | | | | | | |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | ( médecin, ostéopathe, chiropraticien, physiothérapeute, acupuncteur ) ? | | | | | | |  | oui |  |  | non |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | ο Prenez-vous des médicaments qui pourraient affecter votre capacité a | | | | | | | |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | ressentir la pression exercée pendant le massage ? | | | | | |  |  | oui |  |  | non |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

* **Si vous êtes enceinte** ou essayez de l’être, merci d’avertir le massothérapeute.

Certaines techniques peuvent générer des contractions utérines involontaires.

* Ce massage doit rester agréable en tout temps. Si ce n’est pas le cas, avertissez immédiatement le massothérapeute.

J’ai lu les informations susmentionnées et j’en ai parlé avec mon massothérapeute. Je comprends que le massage ne constitue pas un traitement médical mais contribue à entretenir la santé. Je prends la responsabilité d’avertir mon massothérapeute de toute condition physique qui pourrait avoir des conséquences sur son travail.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Signature |  |  |  |  |  |  | Date |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |