

Questionnaire de Santé :

Nom Adresse Profession	Prénom : Téléphone : Date de naissance :
--	--

Date de la séance :	Oui	Non
<ul style="list-style-type: none"> • Avez-vous été malade ces derniers jours ? Si oui, avez-vous eu de la fièvre ?		
<ul style="list-style-type: none"> • Avez-vous une maladie chronique ? Si oui, laquelle ?.....		
<ul style="list-style-type: none"> • Avez-vous subi une opération dans les 6 derniers mois? Si oui, à quelle date ?		
<ul style="list-style-type: none"> • Êtes-vous diabétique ? 		
<ul style="list-style-type: none"> • Êtes-vous sous dialyse ? 		
<ul style="list-style-type: none"> • Faites vous de l'hypertension ? Si oui êtes-vous sous traitement ?.....		
<ul style="list-style-type: none"> • Avez-vous des allergies ? Si oui, lesquels ?.....		
<ul style="list-style-type: none"> • Avez-vous une maladie cardiaque? 		
<ul style="list-style-type: none"> • Avez-vous un pacemaker ? 		
<ul style="list-style-type: none"> • Avez-vous une maladie lourde (cancer, SEP...) ? 		
<ul style="list-style-type: none"> • Avez-vous une inflammation (tendinite...) ? 		
<ul style="list-style-type: none"> • Avez-vous un traitement en cours ? • Si oui quel traitement ?..... 		
<ul style="list-style-type: none"> • Avez-vous des problèmes de circulation sanguine, et ou lymphatique, des varices ? 		
<ul style="list-style-type: none"> • Avez-vous déjà eu des phlébites ? 		
<ul style="list-style-type: none"> • Avez-vous des problèmes cutanés : hématome, ecchymose, verrue, eczéma ? 		
<ul style="list-style-type: none"> • Êtes-vous enceinte ou tentez-vous de l'être ? Si oui, a combien de mois êtes-vous ?		
<ul style="list-style-type: none"> • Avez-vous vos règles actuellement ? 		

Date de la séance :	Oui	Non
<ul style="list-style-type: none"> • Vous-êtes vous déjà fait masser ? • Si oui, quels massages ? 		
<ul style="list-style-type: none"> • Quels ont été les points positifs et négatifs ? 	Positif :	Négatif :
<ul style="list-style-type: none"> • Dans quel état d'esprit êtes-vous aujourd'hui ? (fatigué(e), énervé(e), stressé(e)...) 		
<ul style="list-style-type: none"> • Avez-vous mangé il y a moins d'une heure ? 		
<ul style="list-style-type: none"> • Pratiquez vous régulièrement une activité sportive ? 		
<ul style="list-style-type: none"> • Buvez-vous assez d'eau au quotidien ? (environ 1,5l/jour) 		
<ul style="list-style-type: none"> • Quelles sont vos attentes pour ce massage ? 		
<ul style="list-style-type: none"> • Quel type de pressions aimez-vous ? (légères, appuyées)..... 		
<ul style="list-style-type: none"> • Avez-vous des tensions physiques en ce moment ? Si oui, sur quelles zones ? 		
<ul style="list-style-type: none"> • Avez-vous des douleurs physiques Si oui, sur quelles zones ? 		
<ul style="list-style-type: none"> • 		