



PLAN DE SUIVI DES SOINS MASSOTHÉRAPEUTIQUES

Nom:			
<input type="checkbox"/> Femme <input type="checkbox"/> Homme		Zone de massage:	
Menstruée?	Oui / Non	Morphologie/hauteur de table:	_____
Enceinte?	Oui / Non	Ce que le client préfère:	_____
Si oui, de combien de semaines?		Ce que le client déteste:	_____
Allaitement?	Oui / Non	Contre-indication:	_____
Période de: <input type="checkbox"/> Pré <input type="checkbox"/> Post <input type="checkbox"/> Ménopause		Particularité de santé:	_____
Métier/Occupation _____		Loisir/Sport: _____	
Date du 1^{er} soin	Durée	Techniques utilisées	Commentaires/observations

Date du soin	Durée	Techniques utilisées	Commentaires/observations

