



## **Veillez cocher les états dont vous êtes affecté**

### **Système ostéo-articulaire**

- |                                   |                                    |                                      |                                   |
|-----------------------------------|------------------------------------|--------------------------------------|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Arthrose | <input type="checkbox"/> Tendinite | <input type="checkbox"/> Bursite     | <input type="checkbox"/> Fracture |
| <input type="checkbox"/> Arthrite | <input type="checkbox"/> Hernie    | <input type="checkbox"/> Ostéoporose | <input type="checkbox"/> Autre :  |

Précisez : \_\_\_\_\_

### **Système circulatoire**

- |                                       |                                     |  |                                  |
|---------------------------------------|-------------------------------------|--|----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Hypertension | <input type="checkbox"/> Hémophilie | <input type="checkbox"/> Maladie cardiaque | <input type="checkbox"/> Varice  |
| <input type="checkbox"/> Hypotension  | <input type="checkbox"/> Phlébite   | <input type="checkbox"/> Diabète           | <input type="checkbox"/> Autre : |

Précisez : \_\_\_\_\_

### **Système digestif**

- |   |                                   |                                  |   |
|---|-----------------------------------|----------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> Constipation     | <input type="checkbox"/> Diarrhée | <input type="checkbox"/> Ulcère  | <input type="checkbox"/> Reflux gastrique |
| <input type="checkbox"/> Maladie de Crohn | <input type="checkbox"/> Hépatite | <input type="checkbox"/> Autre : |   |

Précisez : \_\_\_\_\_

### **Système nerveux**

- |                                      |                                    |                                  |                                     |
|--------------------------------------|------------------------------------|----------------------------------|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Mal de tête | <input type="checkbox"/> Stress    | <input type="checkbox"/> Anxiété | <input type="checkbox"/> Dépression |
| <input type="checkbox"/> Parkinson   | <input type="checkbox"/> Épilepsie | <input type="checkbox"/> Autre : |                                     |

Précisez : \_\_\_\_\_

### **Système respiratoire**

- |                                 |                                    |                                 |                                    |
|---------------------------------|------------------------------------|---------------------------------|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Asthme | <input type="checkbox"/> Bronchite | <input type="checkbox"/> Grippe | <input type="checkbox"/> Emphysème |
| <input type="checkbox"/> Rhume  | <input type="checkbox"/> Autre :   |                                 |                                    |

Précisez : \_\_\_\_\_

### **Système immunitaire**

- |                                   |                                   |                                    |                               |
|-----------------------------------|-----------------------------------|------------------------------------|-------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Fièvre   | <input type="checkbox"/> Hépatite | <input type="checkbox"/> Varicelle | <input type="checkbox"/> ITSS |
| <input type="checkbox"/> Maladies | <input type="checkbox"/> Autre :  |                                    |                               |

Précisez : \_\_\_\_\_

### **Système tégumentaire**

- |                                  |                                 |                                    |                                    |
|----------------------------------|---------------------------------|------------------------------------|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Acné    | <input type="checkbox"/> Eczéma | <input type="checkbox"/> Psoriasis | <input type="checkbox"/> Urticaire |
| <input type="checkbox"/> Verrues | <input type="checkbox"/> Zona   | <input type="checkbox"/> Plaie     | <input type="checkbox"/> Autre :   |

Précisez : \_\_\_\_\_

**En fonction de votre état de santé, le soin de massage peut varier ou être contre-indiqué. Veuillez cocher si vous vivez l'une ou l'autre des situations suivantes.**

- Vous consultez un professionnel de la santé (chiropraticien, physiothérapeute, autre).
- Vous êtes une femme enceinte, en période menstruelle, allaitante ou ménopausée.
- Vous avez un diagnostic de cancer.
- Vous vivez avec des troubles cardiaques.

**Veuillez encercler les zones qui vous causent de la douleur**



