Plan de suivi des soins massothérapeutiques

Nom : _____ **Prénom** : _____

Menstruée? ☐ Oui ☐ Non	☐ Femme ☐ Homme
Enceinte? ☐ Oui ☐ Non De combien de semaines? _____ Allaitement? ☐ Oui ☐ Non Période de ☐ préménopause ☐ postménopause	Morphologie/Hauteur de table : _____ Préférence(s) du client : _____ À éviter avec le client : _____ Contrindication(s) : _____ Particularité(s) de santé : _____ Autres : _____ _____ _____
Occupation : _____	Sport(s)/Loisir(s) : _____

Date	Durée	Technique(s) utilisée(s)	Commentaires/Observations

Date	Durée	Technique(s) utilisée(s)	Commentaires/Observations

Date	Durée	Technique(s) utilisée(s)	Commentaires/Observations

Date	Durée	Technique(s) utilisée(s)	Commentaires/Observations