

Cette fiche client longue sert à informer le massothérapeute de votre condition physique afin d'optimiser votre soin. Toutes les informations recueillies demeurent strictement confidentielles.

Identification		Sexe : <input type="checkbox"/> Femme <input type="checkbox"/> Homme
Nom : _____		Date de naissance
Prénom : _____		____ / ____ / ____
Adresse		

Ville	Province	Code postal
_____	_____	____ - ____ - ____
Téléphone	Cellulaire	Courriel
(____) ____ - ____ - ____	(____) ____ - ____ - ____	_____

Informations personnelles	
Quelle est votre occupation? _____	
Quels sports et loisirs pratiquez-vous? _____	
Avez-vous déjà reçu un massage? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Quel degré de pression désirez-vous? <input type="checkbox"/> Léger <input type="checkbox"/> Moyen <input type="checkbox"/> Fort
Comment est votre sommeil? <input type="checkbox"/> Réparateur <input type="checkbox"/> Profond <input type="checkbox"/> Léger <input type="checkbox"/> Agité	
Si vous avez des allergies, précisez lesquelles : _____ _____	
Si vous avez des intolérances olfactives, précisez lesquelles : _____ _____	
Avez-vous subi une chirurgie ou une blessure grave dans les 6 derniers mois? <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui (précisez) : _____ _____	
Si vous prenez des médicaments, quelles en sont les raisons? _____ _____	

Veillez cocher les états dont vous êtes affecté

Systeme ostéo-articulaire

Arthrose Tendinite Bursite Fracture Arthrite Hernie Ostéoporose

Autre (précisez) : _____

Systeme circulatoire

Hypertension Hémophilie Maladie cardiaque Varices Hypotension Phlébite Diabète

Autre (précisez) : _____

Systeme digestif

Constipation Diarrhée Ulcère Reflux gastriques Maladie de Crohn Hépatite

Autre (précisez) : _____

Systeme nerveux

Maux de tête Stress Anxiété Dépression Parkinson Épilepsie

Autre (précisez) : _____

Systeme respiratoire

Asthme Bronchite Grippe Emphysème Rhume

Autre (précisez) : _____

Systeme immunitaire

Fièvre Hépatite Varicelle ITSS Maladies

Autre (précisez) : _____

Systeme tégumentaire

Acné Eczéma Psoriasis Urticaire Verrues Zona Plaie

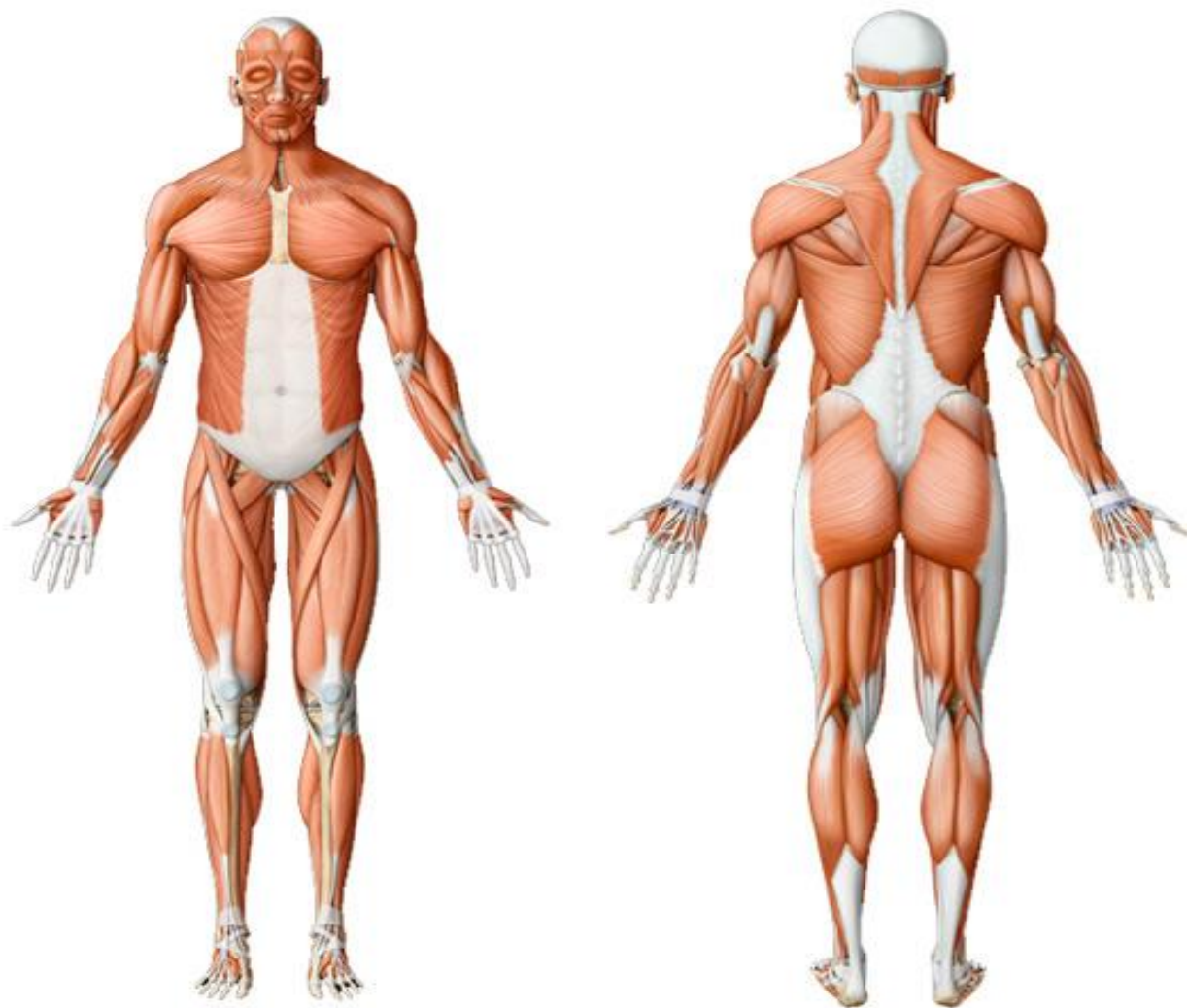
Autre (précisez) : _____



En fonction de votre état de santé, le soin de massage peut varier ou être contraindiqué.
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



Veillez indiquer tout problème de santé non mentionné précédemment

Politique de respect mutuel

Afin de préserver un environnement de confiance et de relaxation, le respect du client ainsi que du massothérapeute est exigé. Aucune déviation du cadre professionnel ni aucun manque de respect ne seront tolérés.

Déclaration de responsabilité

Je déclare que tous les renseignements fournis dans cette fiche client sont véridiques et que j'ai avisé mon massothérapeute de toute condition physique, psychologique, émotionnelle et/ou mentale pouvant être une source de contrindication au soin. Je suis conscient que le massothérapeute ne peut être tenu responsable en cas d'informations erronées ou d'omissions.

Merci et bon massage!

Signature du client

___/___/_____

Signature du massothérapeute

___/___/_____

