

Ce plan de suivi des soins massothérapeutiques vous sert, en tant que massothérapeute, de référence sur chacun de vos clients. Les renseignements prioritaires à leur sujet ainsi qu'un rappel des soins prodigués y sont regroupés. Toutes les informations recueillies demeurent strictement confidentielles.

Identité du client	Sexe : <input type="checkbox"/> Femme <input type="checkbox"/> Homme
Nom : _____	Date de naissance
Prénom : _____	___ / ___ / _____

Renseignements prioritaires			
Menstruée?	Enceinte?	Allaitement?	Période de :
<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui (___ semaines) <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> préménopause <input type="checkbox"/> postménopause
Morphologie/Hauteur de table : _____			
Préférence(s) du client : _____			
À éviter avec le client : _____			
Contraindication(s) : _____			
Particularité(s) de santé : _____			
Autre : _____			
Occupation : _____		Sport(s)/Loisir(s) : _____	

Date du traitement	Durée	Technique(s) utilisée(s)	Commentaires/Observations
___ / ___ / _____	___ h ___		
___ / ___ / _____	___ h ___		
___ / ___ / _____	___ h ___		
___ / ___ / _____	___ h ___		
___ / ___ / _____	___ h ___		

Date du traitement	Durée	Technique(s) utilisée(s)	Commentaires/Observations
___/___/____	___ h ___		
___/___/____	___ h ___		
___/___/____	___ h ___		
___/___/____	___ h ___		
___/___/____	___ h ___		
___/___/____	___ h ___		
___/___/____	___ h ___		
___/___/____	___ h ___		
___/___/____	___ h ___		
___/___/____	___ h ___		
___/___/____	___ h ___		
___/___/____	___ h ___		
___/___/____	___ h ___		
___/___/____	___ h ___		
___/___/____	___ h ___		
___/___/____	___ h ___		
___/___/____	___ h ___		
___/___/____	___ h ___		
___/___/____	___ h ___		
___/___/____	___ h ___		
___/___/____	___ h ___		