

Questionnaire santé et optimisation - Modelage du Dos - Page 1

Ce formulaire vous permet de prendre conscience dans quels cas particuliers ce massage est contre-indiqué, tout en m'informant d'éventuelles préférences et indications particulières. (Non-obligatoire)

Monsieur Madame

Nom : _____ Prénom : _____

Date de naissance : _____

Pour quelle raison souhaitez-vous vous faire masser ? Qu'attendez-vous de ce massage ?

Est-ce que vous êtes actuellement stressé ? Oui Non

Quel genre de stress est-ce ? Physique Psychologique

Est-ce que vous êtes en Dépression ou en Burn-Out ? Oui Non

Des douleurs ou problèmes dorsaux spécifiques ? Oui Non

Lesquelles : _____

Est-ce que c'est votre premier massage du dos ? Oui Non

Vous préférez lorsque que la pression est : Douce Moyenne Forte

Est-ce que vous avez des allergies ?

Huile de massage Oui Non

Huile essentielle Oui Non

Lesquelles : _____

Qch de spécial que je dois savoir côté santé ? Oui Non

Quoi ? _____

Suivez-vous un traitement médical ? Oui Non

Êtes-vous suivi par un professionnel de la santé ? Oui Non

Quel professionnel ? Médecin Kinésithérapeute Ostéopathe Autre

Questionnaire santé et optimisation - Massage du Dos - Page 2

Pas de massage si : (Si vous répondez oui à l'une de ces questions, le massage est contre-indiqué.)

Êtes-vous enceinte ?	Oui	<input type="checkbox"/>	Non	<input type="checkbox"/>
Êtes-vous dans les 2 premiers jours de vos règles ?	Oui	<input type="checkbox"/>	Non	<input type="checkbox"/>
Hypertension sans traitement médical suivi ?	Oui	<input type="checkbox"/>	Non	<input type="checkbox"/>
Infarctus ou AVC datant de moins de 6 mois ?	Oui	<input type="checkbox"/>	Non	<input type="checkbox"/>
Pneumonie ? Bronchite ? (sauf chronique)	Oui	<input type="checkbox"/>	Non	<input type="checkbox"/>
Fièvre, Etat fébrile, Maladie contagieuse ?	Oui	<input type="checkbox"/>	Non	<input type="checkbox"/>
Nausées ou douleurs abdominales ?	Oui	<input type="checkbox"/>	Non	<input type="checkbox"/>
Infection urinaire ? Infection bactérienne ou virale ?	Oui	<input type="checkbox"/>	Non	<input type="checkbox"/>
Insuffisance rénale ? Hémophilie ?	Oui	<input type="checkbox"/>	Non	<input type="checkbox"/>
Zona ?	Oui	<input type="checkbox"/>	Non	<input type="checkbox"/>
Problème de varices importantes, risques de phlébites ?	Oui	<input type="checkbox"/>	Non	<input type="checkbox"/>
Epilepsie ?	Oui	<input type="checkbox"/>	Non	<input type="checkbox"/>
Fracture ?	Oui	<input type="checkbox"/>	Non	<input type="checkbox"/>
Diabétique n'ayant pas de traitement médical suivi ?	Oui	<input type="checkbox"/>	Non	<input type="checkbox"/>
Chimiothérapie ou radiothérapie en cours ?	Oui	<input type="checkbox"/>	Non	<input type="checkbox"/>
En pleine poussée d'une maladie chronique comme l'arthrose p. ex. ?	Oui	<input type="checkbox"/>	Non	<input type="checkbox"/>
Maladie des os ou squelette (ostéoporose, spondylite, ...)	Oui	<input type="checkbox"/>	Non	<input type="checkbox"/>
Opération chirurgicale de moins de 3 mois ?	Oui	<input type="checkbox"/>	Non	<input type="checkbox"/>

Pas de massage localement si : (En cas de réponses positives, le massage est autorisé en évitant l'endroit concerné.)

Blessures, Plaies, Bleus, Cicatrice récente, Brûlure ?	Oui	<input type="checkbox"/>	Non	<input type="checkbox"/>
Eczéma, Psoriasis, Éruption cutanée ?	Oui	<input type="checkbox"/>	Non	<input type="checkbox"/>
Déchirure musculaire ?	Oui	<input type="checkbox"/>	Non	<input type="checkbox"/>
Traumatisme cervical ?	Oui	<input type="checkbox"/>	Non	<input type="checkbox"/>

Avec certificat (autorisation) du médecin traitant et indications précises :

Cancer ? Tumeur ? Hors chimiothérapie...	Oui	<input type="checkbox"/>	Non	<input type="checkbox"/>
Maladie chronique (hors poussées)	Oui	<input type="checkbox"/>	Non	<input type="checkbox"/>
Cardiaque ?	Oui	<input type="checkbox"/>	Non	<input type="checkbox"/>

Massage de maximum 20 à 30 minutes si :

Cardiaque ? (Sauf si autorisation de votre médecin)	Oui	<input type="checkbox"/>	Non	<input type="checkbox"/>
Sida ? Faible système immunitaire ?	Oui	<input type="checkbox"/>	Non	<input type="checkbox"/>
Personne âgée fragilisée	Oui	<input type="checkbox"/>	Non	<input type="checkbox"/>

Lors des prochains massages, en cas de changement d'ordre médical, merci de bien vouloir m'en informer.

Date et Signature :