



NOM : _____ Date : _____

SVP indiquer un (X) pour toutes conditions COURANTES et un (P) pour toutes conditions PASSÉES :

Musculosquelettique / Neurologique	Cardiovasculaire	Gastro-intestinal
Bras / mains - douleur, picotement	ACV / Attaque ischémique transitoire	Changement d'appétit
Changement de personnalité	Angine / douleur à la poitrine	Constipation
Changement au sommeil	Crise cardiaque	Crohn/ colite/ syndrome irritable du colon
Contusion	Hypertension ↑	Nausée / vomissement
Cou – douleur ou tension	Hypotension ↓	Perte rapide de poids
Dos - douleur ou tension	Insuffisance cardiaque congestive	Ulcères
Épaules – douleur ou tension	Je fais des bleus facilement	Autres conditions
Étourdissements	Mains ou pieds froids	Cancer (type) _____
Épilepsie	Maladie du coeur	Dépression
Fatigue	Stimulateur cardiaque, autre implant	Diabète (début) _____
Fracture	Veines variqueuses ou phlébite	Conditions gynécologiques
Genou – douleur ou faiblesse	Respiratoire	Hépatite A / B / C (encercler)
Hanche – Douleur ou tension	Asthme	Herpès
Jambes / pieds – Douleur, picotement	Bronchite	VIH
Mâchoire – douleur (TMJ)	Emphysème	Hyperthyroïdisme
Maladie dégénérative osseuse	Pneumonie	Hypothyroïdisme
Maux de tête ou migraines	Sinusites ou rhumes fréquents	Ménopause (incluant pré ou post)
Ostéoarthrite ou arthrite rhumatoïde	Toux chronique	Grossesse(s): _____
Ostéoporose / autre maladie osseuse	Autre condition respiratoire	Tuberculose
Ouïe – perte ou difficulté	Peau	Autres _____
Perte de coordination	Acné	Allergies / hypersensibilités :
Perte de sensation	Eczéma	
Trauma à la tête	Maladie contagieuse de la peau	
Spasmes / foulure / entorse	Pied d'athlète	Quel est votre état de santé en général ?
Tendinite ou bursite	Psoriasis	
Vision – perte ou difficulté	Verrues (où) _____	

Antécédents familiaux : Veuillez cocher (✓) la case correspondante

Condition	Lien	Condition	Lien
Arthrite		Hypotension ↓	
Cancer		Maladie de coeur	
Diabète		Maux de tête - migraines	
Hypertension ↑		Problème gastro-intestinal	

Vos médicaments prescrits / suppléments / vitamines ET vos chirurgies :

Nom	Posologie	Combien de fois / jour	raison
Chirurgies / procédures	Date	Condition ou blessure	



ENTRE BONNES MAINS

SVP spécifier comment vous avez été avisé de ma clinique de massothérapie : _____

Avez-vous déjà reçu des traitements de massothérapie?

Oui (si oui, quand et pourquoi)

Non

Recevez-vous présentement d'autres soins de professionnels de la santé?

Oui (si oui, SVP spécifier)

Non

Indiquez la région symptomatique en l'encerculant et inscrivant un numéro correspondant à la douleur ou inconfort :

1 = crampe, pincement

4 = chaleur, brûlante

7 = angoissante, épuisante, suffocante

2 = coup de marteau, pulsatif

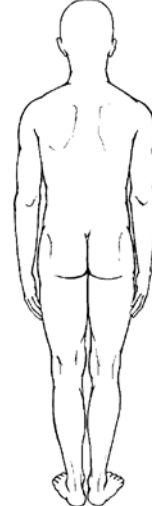
5 = profonde, pénétrante

8 = persistante, fatigante

3 = engourdissement, picotement

6 = aiguë i.e. sévère, intolérable

9 = autres



Encerclez ci-dessous le numéro qui correspond à votre douleur aujourd'hui :

Aucune douleur

0

1

2

3

4

5

6

7

8

9

10

Douleur maximale

Est-ce que l'état de votre santé actuelle nuit à vos activités de vie quotidienne? Oui Non

Quels sont vos objectifs de traitement?

1.

2.

3.

J'ai indiqué toutes conditions médicales dont j'en suis conscient(e) et je m'engage d'informer ma massothérapeute de tout changement. Je suis au courant qu'une évaluation sera complétée avant mon traitement afin de déterminer les affections physiques ou physiologiques qui pourraient permettre ou interdire un traitement de massothérapie ou exiger une adaptation au traitement i.e. contre-indications ou précautions. De plus, si ma tension artérielle est **supérieure à 140/90** (surtout si elle est non soignée) il est possible que je ne puisse pas recevoir de traitement de massothérapie et donc je serai remboursé(e) au total.

Signature du client: _____