



# QUESTIONNAIRE D'IDENTIFICATION ET DE SANTÉ

Votre massothérapeute: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

Nom et prénom: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

Ville: \_\_\_\_\_ Code postal: \_\_\_\_\_

Téléphone: \_\_\_\_\_ Courriel: \_\_\_\_\_

Désirez-vous un reçu d'assurance?  Oui  Non

(Reçu d'assurance non disponible si vous payez avec un certificat-cadeau ou un chèque-cadeau)

Est-ce votre premier massage?  Oui  Non

Quel type de massage recherchez-vous?

Massage de détente  Massage thérapeutique - douleurs / tensions (extra de 5\$ + taxes)

Parties du corps À PRIVILÉGIER			
Dos		Visage	
Nuque		Cuir chevelu	
Bras		Main	
Jambe avant		Pied	
Jambe arrière		Ventre	

Parties du corps À ÉVITER			
Dos		Visage	
Nuque		Cuir chevelu	
Bras		Main	
Jambe avant		Pied	
Jambe arrière		Ventre	

Quelle pression désirez-vous?  Légère  Moyenne  Forte (Thérapeutique)

Où se manifeste votre douleur? \_\_\_\_\_

Fréquence de la douleur:

- Constante  Soudaine  Au réveil  
 Périodique  Progressive  Durant le jour

Quel type de douleur:

- Locale  Picotement  Brûlement  
 Élançement  Une raideur qui irradie  Crampe

Votre douleur est-elle reliée à un événement antérieur comme:

- Une chirurgie: \_\_\_\_\_  
 Une fracture: \_\_\_\_\_  
 Un accident (travail, automobile): \_\_\_\_\_  
 Autres (précisez): \_\_\_\_\_

## COVID-19 Dans les 14 derniers jours:

Avez-vous voyagé?  Oui  Non

Avez-vous eu des symptômes de la COVID-19?  Oui  Non

Avez-vous été en contact avec des personnes testées positives à la COVID-19?  Oui  Non

Souffrez-vous présentement ou avez-vous souffert dans le dernier mois:

RESPIRATOIRE	O	N	CIRCULATOIRE	O	N	PEAU	O	N	DIGESTIF	O	N
Asthme			Artéro-Sclérose			Eczéma			Ulcères		
Emphysème			Pression H/B			Psoriasis			Constipation		
Rhume/grippe			Varice			Verrue			Diarrhée		
Bronchite			Phlébite			Zona			Diabète		
URINAIRE	O	N	NERVEUX	O	N	MUSCULAIRE	O	N	LYMPHATIQUE	O	N
Calculs (reins)			Insomnie			Crampes			Œdème		
Cystite			Angoisse			Tension			Cellulite		
HERNIE	O	N	Stress			Foulure			IMMUNITAIRE	O	N
Discale			Migraine			Fibromyalgie			VIH		
Inguinale			Rhumatisme			Sciaticque			Infections		
Autre:			Épilepsie						Cancer		

Problème cardio-vasculaire?

- Hypertension       Basse Pression       Angine       Arythmie  
 Palpitation       Infarctus       ACV       Thrombose  
 Autre: \_\_\_\_\_

Êtes-vous enceinte?  Oui  Non Si oui de combien de semaines? \_\_\_\_\_

Avez-vous des allergies?  Oui  Non Si oui lesquelles? \_\_\_\_\_

Prenez-vous des médicaments?  Oui  Non Si oui lesquelles? \_\_\_\_\_

Détails ou autres informations pertinentes à savoir : \_\_\_\_\_

**Veillez prendre note que vous devez obligatoirement prendre une douche avant de retourner dans les spas après un massage.** Après avoir pris connaissance du questionnaire, je confirme tous les renseignements donnés au massothérapeute, je soussigné, renonce par la présente à tous recours en dommages suite aux traitements reçus en massothérapie. Et que le client(e), par sa signature certifie que les renseignements et autres informations fournies dans le présent dossier client sont vrais et authentiques. Je certifie que j'ai avisé par la présente le thérapeute de tout problème qui pourrait, de près ou de loin, être contre-indiqué au traitement.

Signature du client: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

Je ne désire pas remplir la fiche santé: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

Signature du massothérapeute: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_