questionnaire santé - ayurveda

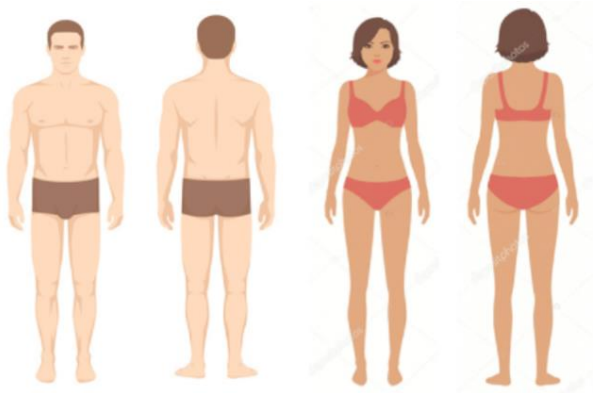
Nom : Prénom : Age :

Adresse : CP : Ville :

Portable : Courriel :

Pour m'assurer du bon déroulé de votre massage, j'ai besoin que vous répondiez sincèrement à quelques questions. Les réponses resteront confidentielles.

- ✓ Pratiquez-vous des activités sportives ? **oui / non**
  si oui, lesquelles :
- ✓ Avez-vous déjà reçu des massages ? **oui / non**
  si oui, lesquels : suédois - californien - massage assis - thaï – ayurvédique - pierres chaudes - lomi lomi (hawaïen)
  autre :
- ✓ Partie(s) du corps à éviter pendant le massage (ventre, visage, crâne, cervicales, sacrum, sternum, etc) ?
- ✓ Ou à accentuer ?
- ✓ Douleurs particulières ? **oui / non (mettre une croix sur le schéma ou écrire au besoin)**



- ✓ Pression du massage souhaitée ? moyenne forte
- ✓ Comment vous sentez-vous ici et maintenant ? (le jour du massage)
- ✓ Qu'attendez-vous de cette séance de massage ?
- ✓ <u>Etes-vous :</u>

- enceinte ? **oui / non**
- en période de menstruations ? **oui / non** (pour un massage complet du corps, ne pas être dans les 2-3 premiers jour du cycle afin de ne pas le perturber)
- sous traitement médicamenteux ? **oui / non**

- allergique à une huile végétale ou huile essentielle ? **oui / non** (si oui lesquelles :)
- gêné(e) ou dérangé(e) par l'encens ? **oui / non**
- droitier(e) ou gaucher(e) ?

✓ Avez-vous :

- des inflammations de la peau (dermatoses (eczéma, psoriasis, , mycose, herpès, infections cutanées), brûlure, tumeur, abcès, plaies ou cicatrices récentes, plaies ouvertes, coupures) ? **oui / non**
- des inflammations des articulations (entorses, déchirures musculaires ou ligamentaires) ? **oui / non**
- une maladie relative aux os et squelette (ostéoporose...) ? **oui / non**
- épilepsie ? **oui / non** hypertension : **oui / non** faiblesse cardiaque ? **oui / non**
  diabète ? **oui / non** port de lentilles : **oui / non**
- des problèmes de digestion ou de transit ? **oui / non** estomac fragile ? **oui / non**
- une maladie grave ou contagieuse ? **oui / non**
- de la fièvre ? **oui / non** des maux de tête ? **oui / non**
- des troubles circulatoires (phlébite, varice, lymphangite...) **oui / non**
- subi une intervention chirurgicale de moins de 3 mois ? **oui / non.** Si oui laquelle :
- des cicatrices sensibles au toucher : **oui / non.** Si oui, où :

✓ Voulez-vous évoquer une pathologie particulière ?

✓ Heure du dernier repas (le jour du massage) :

✓ Comment avez-vous entendu parler du cabinet ?
Site internet carte de visite flyer bouche à oreille réseau social (lequel)

✓ Si une personne vous a conseillé, puis-je avoir son nom ?

Après avoir pris connaissance de ce questionnaire, je certifie que tous les renseignements donnés sont exacts et complets. Ce questionnaire est strictement confidentiel.

Fait à : le : Signature :

Réservé au praticien :

Prakriti : Vata : Pitta : Kapha :

Massage effectué : le : heure :

Observation :