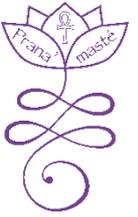


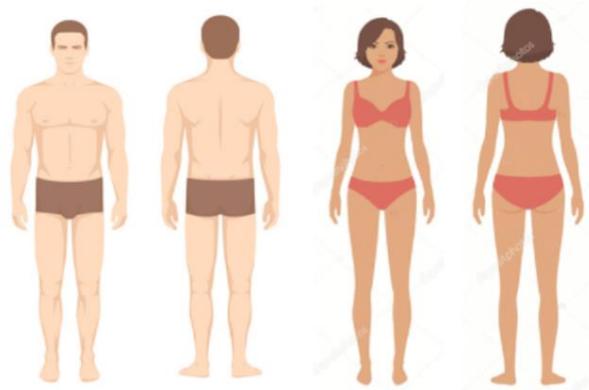
questionnaire santé - ayurveda



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 - lomí lomí (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 ?
- ✓ Etes-vous :
 - ♦ enceinte ? **oui / non**
 - ♦ en période de menstruations ? **oui / non** (pour un massage complet du corps, ne pas être dans les 2-3 premiers jours 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**
- ✓ 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**
 - ♦ des problèmes de digestion ? **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 :