Bilan de Santé

Les informations fournies ci-dessous nous aiderons à vous traiter en toute sécurité. N`hésitez pas à poser des questions sur les renseignements demandés dans ce formulaire. Veuillez noter que tous les renseignements fournis ci-dessous seront gardés confidentiels, sauf si autorisés ou requis par la loi. Votre autorisation écrite sera requise afin de divulguer toutes informations personnelles.

Nom : _____ Date de naissance : _____ (jj/mm/aa)
de téléphone (Maison) :_____ (cellulaire) : _____ (Autres) : _____
Adresse : _____ Ville : _____ C.P. : _____
Courriel : _____ Occupation : _____
Avez-vous déjà reçu un massage dans le passé ? ◯ Oui ◯ Non
Est-ce qu`un professionnel de la santé vous a référé pour un massage? ◯ Oui ◯ Non
Si oui, s.v.p. fournir leur nom et leur adresse : _____
_____

Cardiovasculaire	Infections	Tête/Cou
◯ Haute pression ◯ Basse pression ◯ Insuffisance cardiaque globale chronique ◯ Crise cardiaque ◯ Phlébite / veine variqueuse ◯ AVC ◯ Stimulateur cardiaque (pacemaker) ◯ Maladie cardiaque Autre, spécifié : _____ Existe-t-il des antécédents familiaux liés aux conditions ci-dessus? ◯ Oui ◯ Non <u>Respiratoire:</u> ◯ Toux chronique ◯ Essoufflement ◯ Bronchite ◯ Asthme ◯ Emphysème	◯ Hépatite ◯ Conditions de la peau ◯ Tuberculose (TB) ◯ VIH / SIDA ◯ Herpes <u>Autres Conditions:</u> Perte de sensation ? décrire : _____ Diabète; date du diagnostique: _____ Allergies / Hypersensibilité ? Spécifié : _____ Type de réaction: _____ ◯ Epilepsie ◯ Cancer condition de la peau ? spécifiée : _____ <u>Arthrite:</u> Il y a-t-il des antécédents familiaux d`arthrite? ◯ Oui ◯ Non	◯ Maux de tête ◯ Migraine ◯ Problème de vision ◯ Sinus ◯ Perte d`ouïe ◯ Douleur d`oreille _____ <u>Femme:</u> ◯ Enceinte; dû: _____ ◯ Condition gynécologique, spécifié : _____ Comment est votre santé en général? _____ _____ <u>Médecin de famille</u> Nom : _____ Adresse: _____ _____ _____

Prenez-vous des médicaments ? Si oui, lesquels : Recevez-vous actuellement des soins d`un autre professionnel de la santé? ◯ Oui ◯ Non Si oui, de quel professionnel? _____ _____ Avez-vous subit une chirurgie ? Si oui : Date de la chirurgie : _____ Nature: _____ Avez-vous subit une blessure grave ? Si oui : Date de la blessure: _____ Nature: _____	Souffrez-vous d`une condition médicale autre ? (exemple : conditions digestives, hémophilie, ostéoporose, trouble psychologique) ◯ Oui ◯ Non Si oui, spécifié : _____ Équipements spéciales ? ◯ Oui ◯ Non (béquilles, marchette, cane, vise, plaques, articulations artificielles, etc.) Quoi? _____ À quel endroit? _____ Pour quel raison souhaitez-vous recevoir des soins de massothérapie ? _____ _____ Nommer vos douleurs actuelles : _____

*Espace réservé à l`usage de votre massothérapeute
Date initiale du bilan de santé
Initial:_____ réévaluation 1:_____ 2: _____ 3: _____ 4: _____ 5 _____