



shanti yogi  
WELLNESS CENTRE DE SANTÉ

## Fiche d'information - Massage

Nom: \_\_\_\_\_ Date de naissance: \_\_\_\_\_

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

Téléphone: \_\_\_\_\_ (maison) \_\_\_\_\_ (bureau)  
\_\_\_\_\_ (cellulaire)

Profession: \_\_\_\_\_

Niveau d'activité physique: \_\_\_\_\_

Droitier ( )

Gaucher ( )

Assurances: \_\_\_\_\_

Quels sont vos préoccupations? Douleurs?

---

---

---

Circulatoire ( ) Maladie cardiaque ( ) Stimulateur cardiaque ( ) Glandulaire ( )

Phlébite ( ) Épilepsie ( ) Hépatite B\VIH\SIDA ( ) Hémophile ( )

Problèmes respiratoires ( ) Allergies ( ) Condition nerveuse ( )

Arthrite (type) ( ) \_\_\_\_\_

Verrues plantaires ( ) Pied d'athlète ( ) Varices ( ) Diabétique ( )

Autres problèmes de peau :

---

Attaque de panique ou d'anxiété ( ) Fatigue ( ) Stress ( ) Enceinte ( ) Migraines ( )

Constipation ( ) Diarrhée ( )

Urination fréquente ( ) Vous dormez bien? ( ) Anticoagulants ( ) Cortisone ( )

Hormones ( )

Autres médicaments \_\_\_\_\_

Tension artérielle : Normale ( ) Haute ( ) Basse ( )

Glande thyroïde : Hyper ( ) Hypo ( )

Cholestérol : Haut ( ) Normal ( )

Avez-vous déjà eu un cancer au cours des quatre dernières années? Quel genre?

---

Autre maladie ou maladie grave, présente ou passée?

---

Êtes-vous actuellement traité par un médecin ou un autre professionnel de la santé? ( ) Si oui, pourquoi ? \_\_\_\_\_

Avez-vous subi une intervention chirurgicale au cours des dernières années ? Quel genre? \_\_\_\_\_

Avez-vous eu des accidents? ( ) Quand? \_\_\_\_\_ ( ) Os cassés? ( ) Lesquels/Quand? \_\_\_\_\_

Fumez-vous? ( ) Nutrition/verres d'eau par jour \_\_\_\_\_

Quel type de traitements naturels avez-vous essayé?

---

Est-ce que vous aimeriez mentionner quelque chose d'autres par rapport à votre santé?

---

---

---

Je déclare que tous les renseignements personnels et médicaux fournis ici sont exacts. Je suis d'accord avec le traitement offert aujourd'hui et je comprends que cette séance ne remplace pas les conseils médicaux. Il est recommandé de consulter un médecin agréé ou un professionnel de la santé agréé pour toute maladie physique ou psychologique que j'ai.

Signature: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

**NOTES:**

---

---

---

---

---

---