



Céline Fournier

Nom, Prénom _____

Date de naissance ____ / ____ / ____

Cellulaire _____

Courriel _____

Ville _____

Référé par _____

Veillez ENTOURER les réponses et compléter au besoin

Contact et cellulaire en cas d'urgence _____

1er Massage à vie Oui Non

Reçu pour assurances Oui Non

Profession et posture au travail _____

Sport/Loisirs : Non si oui Quoi et fréquence _____

Technique de relaxation _____

Dernier suivi par un médecin _____

Consultation actuelle d'autres thérapeutes Non Chiro. Ostheo. Physio Autre _____

Sommeil Qualité/Nb d'heures _____ (fatigue chronique, difficulté à s'endormir, réveils fréquents, fatigue au réveil malgré des nuits correctes, autre) _____

Alimentation variée, fast food fréquent, apport équilibré énergie/activité, trouble

Hydratation Quantité d'eau/jour _____

Niveau d'énergie en ce moment Faible / Correct / Bon / Fluctuation

Revue des Systèmes

Digestif Non Oui (ulcère, reflux, diarrhée, constipation, douleur abdominale, calculs biliaires autre) _____

Cardio-Vasculaire Non Oui Phlébite, hyper/hypo-tension, varices, AVC, anémie, pb de coeur, pb de circulation, autre _____

Respiratoire Non Oui (Asthme, essoufflement, Fumeur, autre) _____

Urinaire Non Oui (calculs, pb rénales, pb vessie, autre) _____

Gynéco Non Oui (Grossesse à terme, césarienne, fausses couche, avortement, ectopie, ligature des trompes, stérilet, kyste, fibrome, endométriose, pb cycle menstruel, ménopause, autre) _____

ORL Non Oui lentille de contact, pb d'audition, mâchoire, vertige, bruxisme, pb dentaire, autre _____

Endocrinien Non Oui Diabète, thyroïde, température corporelle (Froid/Chaud), fluctuation importante poids _____

Tégumentaire Non Oui verrue, pied d'athlète, mycose, bouton ou plaque d'origine inconnu, eczéma, psoriasis, brûlure, cicatrice, tattoo récent, Allergie Huiles essentielles autre _____

Immunitaire Non Oui immuno-supprimé, maladie auto-immune, cancer, autre _____



Nerveux Non Oui zona, parkinson. flbromyalgie, TDA/TDAH, épilepsie, migraine, séquelle AVC, canal carpien, engourdissement, choc traumatique, autre_____

Qualité de vie Hypersensibilité, stress, anxiété, TAG (trouble généralisé de l’anxiété) TSA, dépression, charge mentale, deuil, changement, hypervigilence, autre_____

Musculo-Squelettique Non Oui Fracture, entorse, arthrose, arthrite, ostéoporose, hernie, bursite, tendinite, celvicalgie, lombalgie, commotion cérébrale,whiplash autre. Préciser l’année

Chirurgie + Année Non Oui _____

ZONE de Douleurs chroniques Non Oui _____

Médication et supplément Non si oui pourquoi _____

Antécédents familiaux majeurs Non Oui Parents, G-Parents, fratrie diabète, cancer, cardiaque, autre _____

Autres informations importantes_____

Je, soussigné(e), (NOM et PRÉNOM)_____

- avoir pris connaissance que pour la santé de Rythm’Intérieur, le respect de votre massothérapeute et de la clientèle en attente de rv, et selon. les conditions de vente, **tout rendez-vous doit être annulé ou déplacé au minimum 48h à l’avance**. Et que dans le cas contraire, des frais de réservations sont appliqués. L’annulation le jour du rv = la séance est dûe . Vous faire remplacer, vous permet d’éviter ces frais.
- avoir pris connaissance que des informations me seront envoyés par courriel, et que je peux à tout moment me désabonner de la liste de diffusion. **Selon la loi 25,mes données sont protégées, une politique de confidentialité est assurée**. Vous pouvez la consulter sur le site de Rythm'intérieur.
- **accepte de recevoir des soins de massothérapie** qui me seront prodigués par Céline Fournier, Massothérapeute agréée par la FQM (Fédération Québécoise des Massothérapeutes). **Je déclare avoir divulgué** à la massothérapeute **toute condition physique ou autre qui pourrait être incompatible avec les soins que je m’apprête à recevoir**. Après avoir pris connaissance du questionnaire santé, j’atteste que toutes les informations données au massothérapeute sont véridiques et complètes. Je comprends que le massage est à des fins de détente musculaire et de réduction de stress. Je comprends que le massothérapeute n’émet en aucun cas de diagnostic médical et que le client est responsable de consulter un médecin s’il à des doutes sur son état de santé. **Je m’engage à informer mon massothérapeute de tout changement dans mon état de santé à chacune de mes visites**.
- J’autorise la massothérapeute à communiquer les renseignements détenus aux représentants dûment autorisés à des fins d’inspection professionnelle nécessaire à l’exercice de son activité.
- Comme condition essentielle aux soins de massothérapie qui me seront prodigués, j’accepte de tenir indemne la massothérapeute pour tous dommages ou pertes qui pourraient m’être occasionnés dans le cadre des soins prodigués ou suite de ceux-ci. À cet effet, je renonce à toute réclamation ayant comme origine les soins çus. Je décharge ainsi la massothérapeute ainsi que toutes autres tierces personnes avec qui celle-ci pourrait être affiliée de toute responsabilité de quelque nature que ce soit en lien avec les soins reçus en massothérapie. Ce faisant, la massothérapeute agréée s’engage à offrir un soin de qualité selon ses connaissances, en respect du code déontologie de la FQM et à respecter les normes sanitaires des autorités de santé publique applicables aux soins thérapeutiques.
- comprend que le soin effectué doit répondre au besoin nommé en début de séance, et qu’à tout moment pendant le soin, je peux mettre fin au massage, et peux demander des explications sur la pertinence des manoeuvres effectuées à la massothérapeute, et ce, quelle que soit la zone massée, si je venais à me sentir mal à l’aise, particulièrement sur des zones sensibles ou intimes. Je n’hésiterais pas également à nommer à la massothérapeute, si la pression doit être modifiée, ou tout autre besoin pendant le soin (lumière, température, musique,...)

Date et signature