



Nom : _____ Prénom : _____ Date de naissance : ____/____/____
Adresse : _____ Ville : _____ Code postal : _____
Téléphone : maison _____ cell _____ Courriel : _____

Contacte en cas d'urgence :



nom/lien _____ Tel _____

Reçu pour assurances Non Oui

Référé par :

Informations générales

Dominance : D G Fumeur Non Oui

Allergies: _____

Profession : _____

Loisirs/ activités physiques : _____

_____ Fréquence : _____

Médicaments : _____

Chirurgies : _____

Accidents : _____

Consultez-vous d'autres spécialistes?

Med Ostéo Chiro Acu Psy Autre _____

Raison? _____ Depuis? _____ Fréquence : _____

Comment est votre sommeil? Bon/récupérateur Insomnie

Position de sommeil : cote D cote G dos Autre _____

Prenez-vous 3 repas/jour? Non Oui

Combien buvez-vous : d'eau par jour? _____ Café/Téa (caféine)? _____

Premier massage : Non Oui Technique : _____

Régions que vous **aimez** particulièrement? _____

Régions du corps ou vous n'aimez **PAS** être massé/touché? _____

Niveau d'aisance avec la nudité nécessaire en massage? _____



Revue des systèmes

SVP cerchez ce qui vous appliquent;
Souffrez-vous de....? Depuis quand...? Ou...?

Musculo-squelettique : arthrite, arthrose, ostéoporose, tendinite, bursite, entorse, hernie, luxation, fibromyalgie, autre

Nerveux : paralysie, paresthésie, étourdissements, engourdissements, dépression, anxiété, migraine, maux de tête, sciatalgie, autre

Tégumentaire : zona, verrue, pied d'athlète, eczéma, psoriasis, acné, plaie, cicatrices, autre

Cardio-vasculaire : hypertension, basse pression, varice, phlébite, hémophilie, angine, AVC, infarctus, palpitations, engourdissements, autre

Respiratoire : asthme, bronchite, emphysème, allergies, toux, autre

Digestif : constipation, diarrhée, reflux gastrique, cirrhose, maladie de Crohn, hernie, autre

Urinaire : infection, insuffisance rénale, autre

Endocrinien : diabète, hypoglycémie, hypo/hyperthyroïdie, autre

Gynécologique : grossesses, césariennes, kyste, ménopause, andropause, autre

Immunitaire : cancer, VIH, autre

Consentement pour le partage de dossier à l'interne au niveau du questionnaire général et/ou raison de consultation seulement : afin d'optimiser la prise en charge.

Je consens à ce que les thérapeutes de la Clinique Ostéo Sport partagent les informations pertinentes relatives à mon dossier. Cela intéresse uniquement ceux avec qui je prendrai rendez- vous pour la durée déterminée par mon suivi actif à cette clinique.

Je reconnais et comprends que le thérapeute doit être pleinement conscient de mes conditions médicales existantes pour déterminer un plan de traitement approprié. Il est de ma responsabilité de garder le massothérapeute informé de mes antécédents médicaux, et mis à jour de là tout changement. Les renseignements fournis sont exacts et complets au meilleur de ma connaissance.

Merci

Signature _____ Signature _____ Date _____
Client(e) Massothérapeute