

*Si vous êtes une femme, êtes-vous enceinte ? Oui / Non

Si oui, de combien de mois ?

*Avez-vous eu une ou des blessure(s) ou opération(s) au cours des 6 derniers mois ? Oui/ Non

Si oui, la ou lesquelles ?

*Avez-vous des douleurs physiques particulières ? Partie(s) du corps à éviter pendant le massage ?

Oui / Non

Si oui, lesquelles ?

*Y a-t-il autre chose que vous pensez utile de mentionner (maladie chronique, problèmes de circulation sanguine, sciatique, traitement médicamenteux, allergies, etc) ? Oui / Non

Si oui, développez :

*Pratiquez-vous une ou plusieurs activité(s) sportive(s) ? Oui / Non

Si oui, lesquelles et à quelle fréquence ?

*Avez-vous déjà reçu un ou des massage(s)? Oui / Non

Si oui le ou lequel(s): - Suédois - Californien - Massage Assis - Thai - Pierres chaudes -

Lomi Lomi (Hawaïen) - Je ne sais pas

-Autre:

*Avez-vous des attentes particulières par rapport à la séance ? Oui / Non

Si oui, lesquelles ?

* 0 1 2 3 4 5

Pouvez-vous noter entre 0 et 5 votre état de santé physique et émotionnel ainsi que votre vitalité (0 = très mauvais, 5 = excellent) :

État de santé physique : 0 1 2 3 4 5

État de santé émotionnelle : 0 1 2 3 4 5

Vitalité : 0 1 2 3 4 5

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

QUESTIONNAIRE DE SANTÉ POUR LES SEANCES DE MASSAGES

Le massage est une discipline impliquant différentes manœuvres.

Ses effets sont profonds et doivent être pris au sérieux car ils peuvent présenter des risques.

Pour m'assurer du bon déroulé de votre massage, j'ai besoin que vous répondiez sincèrement à quelques questions. Les réponses resteront strictement confidentielles.

Ceci me permettra d'être informée sur les conditions actuelles de votre corps et sur votre état de santé en général, ainsi que d'adapter les séances en fonction de vos besoins, vos aspirations et vos limites.

Exceptionnellement, dans certains cas et Pour votre sécurité, j'exigerai un certificat médical.

Nom :

Prénom :

Date de naissance :

Adresse :

Email :

Téléphone :

Profession :

Voici une Liste des 16 contre-indications pour le massage Amma assis :

- * Blessures aiguës telles que fractures, entorses, et plaies ouvertes.
- * Maladies infectieuses en cours.
- * Grossesse (consultation préalable avec un professionnel de santé recommandée).
- * Hypertension artérielle non contrôlée.
- * Diabète non contrôlé.
- * Problèmes cardiovasculaires non contrôlés.
- * Allergies cutanées ou sensibilité tactile.
- * Maladies de la peau en phase aiguë.
- * Fièvre ou état de santé général compromis.
- * Insuffisance rénale ou hépatique sévère.
- * Cancer en phase active ou sous traitement.
- * Troubles circulatoires sévères tels que thrombose veineuse profonde (TVP) ou embolie pulmonaire.
- * Maladies auto-immunes en phase aiguë.
- * Troubles psychiatriques graves tels que schizophrénie ou troubles bipolaires non stabilisés.
- * Prise de médicaments anticoagulants ou antiplaquettaires.
- * Prise d'alcool, ce massage peut faire augmenter le taux d'alcoolémie plus rapidement.

**Il est essentiel de consulter un professionnel de santé avant de recevoir un massage Amma si vous présentez l'une de ces contre-indications ou si vous avez des préoccupations spécifiques concernant votre état de santé.
La sécurité et le bien-être du client sont prioritaires dans toute séance de massage Amma assis.**