



Ouverture de dossier

Renseignements personnels

Nom et prénom :

Adresse :

Téléphone :

rés bur cell

Date de naissance :

Profession :

Inscrire un bref résumé du poste de travail incluant les exigences physiques et les stress émotionnels.

Courriel :

Généralité

Avez-vous des activités / loisirs? oui non _____
 Pratiquez-vous des sports? oui non _____
 Avez-vous déjà reçu un massage? oui non date approximative : _____
 Quel genre de massage? Suédois Californien Shiatsu Trager^{md} Kinésithérapie
 Pierres chaudes autre _____
 Que préférez-vous durant un massage? _____

Motifs de consultation

Quel motif vous amène en massothérapie? _____
 Que ressentez-vous? tensions douleurs engourdissements depuis quand? _____
 Souffrez-vous de blessure ou d'inflammation? oui non _____
 Avez-vous consulté un professionnel à ce sujet? oui non _____
 Si oui, quel était le diagnostic du professionnel? _____
 Êtes-vous / avez-vous été traité? oui non _____

Grossesse et cycle menstruel

Êtes-vous enceinte? oui non date prévue : _____ grossesse à risque nausées
 Cycle menstruel est-il? régulier douloureux spm _____
 ménopause bouffées de chaleur migraines _____

Évaluation de la douleur

Où se manifeste la douleur? cou dos (région dorsale) dos (région lombaire)
 membres supérieurs membres inférieurs FP membres inférieurs FA

Est-ce une douleur? locale avec raideur qui irradie

Quel est le type de douleur? élancement brûlement picotement crampe

Est-ce accompagnée de? maux de tête bourdonnement d'oreille étourdissement vertige

Fréquence de la douleur? constante périodique occasionnelle

soudainement progressivement durant le jour au réveil la nuit

Facteurs déclencheurs? toux défécation position debout assis couché

- posture de sommeil _____

- posture / gestes au travail _____

- activités de la vie quotidienne _____

- sport : quels mouvements _____

Quels sont les moyens de soulagement? _____

Souffrez-vous présentement...

Problèmes articulaires tendinite bursite autre : _____

Avez-vous souffert ou souffrez-vous d'un cancer? oui non _____

Problème de peau? démangeaisons eczéma psoriasis endroit : _____
 lupus verrue pied d'athlète endroit : _____

Problème cardio-vasculaire hypertension basse pression angine arythmie
 palpitations migraine vasculaire infarctus AVC quand? _____
 varices phlébite où / quand? _____

Problème digestif ulcère reflux gastrique constipation diarrhée
 colite ulcéreuse problème au foie autre : _____

Système endocrinien diabète hypoglycémie si oui, l'heure du dernier repas? _____
 l'heure de la dernière injection? _____

Problème d'allergie alimentaire respiratoire cutanée autre _____

Qualité du sommeil réparateur insuffisant réveils fréquents difficulté à s'endormir

Surveillez-vous votre alimentation? oui non fréquemment occasionnellement rarement

Avez-vous subi antérieurement ? chirurgie fracture accident autre

spécifiez _____

Prenez-vous des médicaments? oui non _____

Depuis quand? _____ Effets secondaires : _____

Avez-vous déjà été traité pour une condition médicale? _____

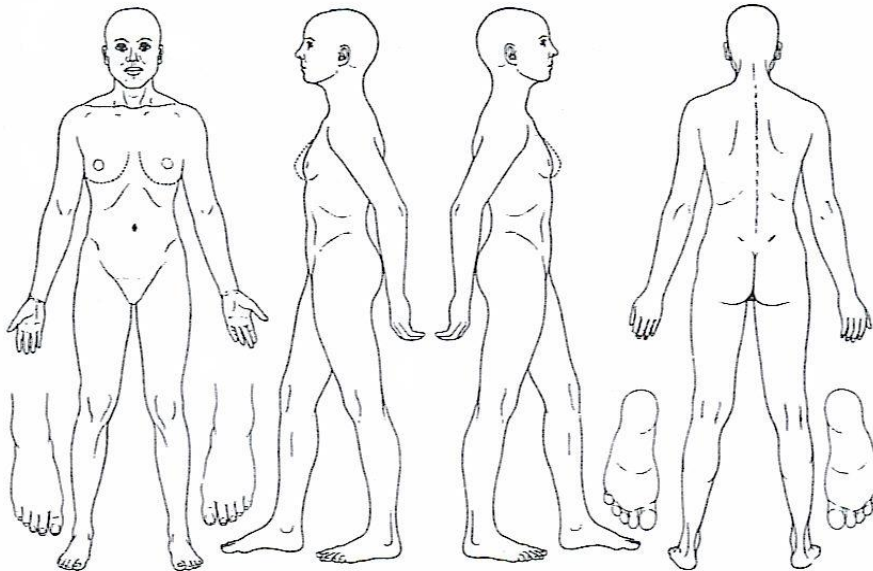
Au quotidien, comment vivez-vous le stress? _____

Notes à inscrire pour le développement du dossier

Sur une échelle de 0 à 10, évaluez votre intensité pour la : FATIGUE - ÉMOTIONS - DOULEUR

Fatigue et émotions	ÉCHELLE DE PERCEPTION	Douleur
Intolérable	10	Intolérable
Très pénible	8-9	Très pénible
Intense	6-7	Intense
Inconfortable, modérée	4-5	Inconfortable, modérée
Légère	2-3	Légère
Énergie, sérénité	0-1	Aucune douleur

Inscrire la date et l'intensité												
	date	intensité	date	intensité	date	intensité	date	intensité	date	intensité	date	intensité
Douleur												
Fatigue												
Émotions												



Respiration : _____

Posture : _____

États tissulaires ou énergétiques (observation / palpation) : _____

Autres observations : _____

Après avoir pris connaissance du questionnaire de santé, je confirme que tous les renseignements donnés au massothérapeute agréé de la Fédération québécoise des massothérapeutes (FQM) sont véridiques et complets. J'autorise le massothérapeute agréé à communiquer les renseignements détenus par ce dernier au représentant dûment autorisé par la FQM à effectuer une inspection professionnelle relativement à l'exercice des activités professionnelles de cette dernière; ces renseignements étant nécessaires à l'exercice des responsabilités de la FQM. **Je suis conscient.e que je peux mettre fin au massage à tout moment ou exiger des explications du massothérapeute, et ce, quelle que soit la zone massée, si je me sens mal à l'aise.**

Signature du client :

Date :

Plan d'intervention

Date : Son état à l'arrivée : | serein fatigué épuisé nerveux stressé triste

Douleur qui se manifeste : _____ cou _____ dos (région dorsale) _____ dos (région lombaire)
_____ Membres supérieurs _____ membres inférieurs FA _____ membres inférieurs FP

Coussin pour le confort : _____ cou _____ abdomen _____ épaules _____ genoux

Informations additionnelles : _____

Plan d'intervention :
(manœuvres employées et leurs sites)

Recommandations : _____

Commentaires perçus : _____

Date : Son état à l'arrivée : | serein fatigué épuisé nerveux stressé triste

Douleur qui se manifeste : _____ cou _____ dos (région dorsale) _____ dos (région lombaire)
_____ Membres supérieurs _____ membres inférieurs FA _____ membres inférieurs FP

Coussin pour le confort : _____ cou _____ abdomen _____ épaules _____ genoux

Informations additionnelles : _____

Plan d'intervention :
(manœuvres employées et leurs sites)

Recommandations : _____

Commentaires perçus : _____

Date : Son état à l'arrivée : | serein fatigué épuisé nerveux stressé triste

Douleur qui se manifeste : _____ cou _____ dos (région dorsale) _____ dos (région lombaire)
_____ membres supérieurs _____ membres inférieurs FA _____ membres inférieurs FP

Coussin pour le confort : _____ cou _____ abdomen _____ épaules _____ genoux _____ chevilles

Particularités supplémentaires : _____

Plan d'intervention :
(manœuvres employées et leurs sites)

Recommandations : _____

Commentaires perçus : _____