

Antécédents médicaux et formulaire d'admission

Un relevé complet des antécédents nous permet de nous assurer qu'il est sûr de vous fournir un traitement de massage. Veuillez nous indiquer tout changement d'état pour que nous puissions mettre à jour votre formulaire. Toutes les informations qui nous sont fournies sont confidentielles.

Nom _____ Adresse électronique _____

Nous recueillons votre adresse électronique pour vous envoyer des rappels de rendez-vous.

Votre adresse électronique ne sera jamais partagée avec un tiers.

Téléphone à domicile _____ Téléphone portable _____ Téléphone de travail _____

Rue _____ Unité _____ Ville _____ Prov. _____ Code postal _____

Date de naissance (JJ-MM-AA) _____ Âge _____ Profession _____

Comment avez-vous entendu parler de nous? _____

Avez-vous une couverture d'assurance pour le massage? Oui Non

Si oui, avez-vous été recommandé(e) par votre médecin? Oui Non

Nom du docteur _____ Téléphone _____ Date du dernier examen médical _____

Rue du médecin _____ Unité _____ Ville _____ Prov. _____ Code postal _____

Avez-vous déjà eu un massage professionnel? Oui Non Si oui, date approximative de la dernière massothérapie _____

Consultez-vous d'autres professionnels de la santé? Chiro Physio Naturopathe Ostéopathe Autre _____

Médicaments actuels _____

Opérations/maladies antérieures majeures (incluez les dates) _____

Allergies/Hypersensibilités _____

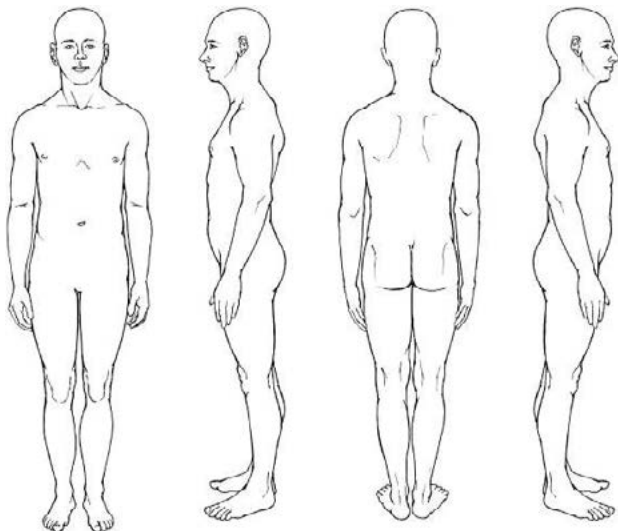
Antécédents familiaux _____

d'accidents majeurs (incluez les dates) _____

Autres troubles de santé graves _____

Veillez indiquer les zones où vous souhaitez que nous nous concentrons ainsi que votre principale préoccupation.

Quelle est votre principale préoccupation?



Antécédents médicaux et formulaire d'admission (veuillez cocher tout ce qui vous concerne)

Symptômes généraux

- Évanouissement/étourdissement
 Difficulté à dormir/fatigue
 Stress
 Maux de tête/migraines
 Nervosité
 Engourdissement/picotement; où : _____
 Paralysie

Peau

- Éruptions cutanées
 Sécheresse excessive
 Acné
 Psoriasis
 Eczéma
 Cancer de la peau
 Prédisposition aux ecchymoses

Infections

- Hépatite
 Tuberculose
 VIH/SIDA
 Herpès
 Pied d'athlète
 Verrues

Respiratoire

- Toux chronique
 Bronchite
 Asthme
 Insuffisance respiratoire
 Emphysème
 Antécédents familiaux de _____

Style de vie (cochez tout ce qui s'applique)

- Exercice régulier Oui Non Plus ou moins
 Consomme beaucoup d'eau Oui Non Plus ou moins
 Huit heures de sommeil tous les soirs Oui Non Plus ou moins
 Bonnes habitudes alimentaires Oui Non Plus ou moins

Quel est votre état de santé en général?

Douleur articulaire/musculaire

- Mâchoire
 Cou
 Épaules
 Bras
 Mains
 Haut du dos
 Milieu du dos
 Bas du dos
 Hanches
 Jambes
 Genoux
 Pieds
 Hygroma
 Arthrites
 Antécédents familiaux d'arthrite

Avez-vous/avez-vous eu?

- Diabète adulte _____
 Cancer; où _____
 Épilepsie
 Anévrisme/attaque
 Maladies neuromusculaires
 Hypo/hyperglycémie
 Dépression
 Sclérose en plaques
 Problèmes de thyroïde
 Fibromyalgie
 Ostéoporose
 Maladie mentale
 Implants artificiels/broches/plaques;
 où _____

Homme/femme

- Prostate
 Enceinte; date prévue _____
 Crampes menstruelles
 Irrégularité menstruelle
 Contrôle de la natalité
 Douleur/infections vaginales
 Douleur/grosseurs aux seins
 Ménopause

Cardiovasculaire

- Pression artérielle haute
 Pression artérielle basse
 Attaque/maladie cardiaque
 Insuffisance cardiaque congestive
 AVC/anévrisme
 Souffle cardiaque
 Pacemaker
 Cholestérol élevé
 Gonflement des chevilles
 Mains/pieds froids
 Mauvaise circulation
 Pieds
 Varices/Phlébite
 Antécédents familiaux de _____

Gastro-intestinal

- Manque/excès d'appétit
 Soif excessive
 Gaz/ballonnements
 Colite
 Maladie de Crohn
 Constipation
 Diarrhée
 Nausée/vomissement
 Ulcère
 Crampes abdominales
 Problèmes de vésicule biliaire
 Problèmes hépatiques

ORL

- Problèmes de vision
 Problèmes dentaires
 Mal de gorge
 Maux d'oreille
 Difficulté à entendre
 Prothèse auditive
 Congestion nasale/sinusite
 Allergies/hypersensibilité à _____
 Type de réaction _____
 Glande gonflée

Veuillez lire et signer :

- Je certifie qu'à ma connaissance les informations que j'ai fournies sont vraies et complètes.
- Je comprends que les informations que j'ai fournies sur ce formulaire sont confidentielles et ne seront pas diffusées sans mon consentement écrit.
- Je comprends que le ou la thérapeute peut mettre fin au traitement en tout temps en raison d'un comportement inapproprié.
- Je consens à une évaluation/réévaluation de ma santé et à un traitement de massothérapie chez Massothérapie Massage Addict.
- J'autorise Massothérapie Massage Addict à contacter mon médecin ou un autre professionnel des soins de santé listé ci-dessus, si nécessaire, pour un traitement.
- Je comprends que toutes les sessions incluent un laps de temps au début pour évaluer ma santé et pour me changer.
- Je comprends qu'un préavis de 24 heures est obligatoire pour reporter un rendez-vous; au cas contraire, j'aurai à payer la totalité des frais qui s'y rapportent.
- J'autorise le transfert de mon dossier de santé dans une autre clinique de Massothérapie Massage Addict si je déménage ou si une nouvelle clinique de Massothérapie Massage Addict s'ouvre plus proche de mon domicile.

Signature _____ Date d'aujourd'hui _____