

## Réflexologie

### 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 réflexologie. 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 fixe \_\_\_\_\_ Téléphone cellulaire \_\_\_\_\_ Téléphone au travail \_\_\_\_\_

Rue \_\_\_\_\_ Unité \_\_\_\_\_ Ville \_\_\_\_\_ Province \_\_\_\_\_ Code postal \_\_\_\_\_

Date de naissance (MM-JJ-AA) \_\_\_\_\_ Âge \_\_\_\_\_ Profession \_\_\_\_\_

Comment avez-vous entendu parler de nous? \_\_\_\_\_

Nom du docteur \_\_\_\_\_ Numéro de téléphone \_\_\_\_\_ Date du dernier examen de routine \_\_\_\_\_

Avez-vous déjà reçu un traitement de réflexologie?  Oui  Non

Si oui, la date approximative du dernier traitement de réflexologie \_\_\_\_\_

Avez-vous vu d'autres professionnels de la santé?  Chiro  Physio  Naturopathe  Ostéopathe  
 Massothérapeute  Autre \_\_\_\_\_

Médication actuelle \_\_\_\_\_

Maladies graves/opérations (mettre les dates) \_\_\_\_\_

Allergies/hypersensibilité \_\_\_\_\_

Accidents majeurs (mettre les dates) \_\_\_\_\_

Autres conditions médicales sérieuses \_\_\_\_\_

### Qu'est-ce qui vous amène aujourd'hui?

---

---

---

---

---

---

---

---

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

**Symptômes généraux**

- Évanouissement/étourdissements
- Difficulté à dormir/fatigue
- Maux de tête/migraines
- Nervosité
- Engourdissement/picotement; où : \_\_\_\_\_
- Paralysie
- Anxiété

**Peau**

- Éruptions cutanées
- Sécheresse excessive
- Acné
- Psoriasis
- Eczéma
- Cancer de la peau
- Peau sensible

**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  O  N  la plupart
- Consomme beaucoup d'eau  O  N  la plupart
- Huit heures de sommeil tous les soirs  O  N  la plupart
- Bonnes habitudes alimentaires  O  N  la plupart

Quel est votre état de santé en général?

\_\_\_\_\_

**Douleur articulaire/musculaire**

- Mâchoire
- Cou
- Épaule
- Bras
- Mains
- Haut du dos
- Milieu du dos
- Bas du dos
- Hanches
- Jambes
- Genoux
- Pieds
- Bursite
- Arthrite
- Antécédents familiaux d'arthrite;  
Type \_\_\_\_\_

**Avez-vous/avez-vous eu?**

- Apparition du diabète \_\_\_\_\_
- Cancer; Type \_\_\_\_\_
- Épilepsie
- Anévrisme/AVC
- Conditions neuromusculaires
- Hypo/hyperglycémie
- Dépression
- Sclérose en plaques
- Problèmes de thyroïde
- Fibromyalgie
- Ostéoporose
- Maladie mentale
- Implants artificiels/broches/plaques;  
Où \_\_\_\_\_

**Homme/femme**

- Prostate
- Crampes menstruelles
- Irrégularités menstruelles
- Contraception
- Douleurs/infections vaginales
- Douleurs/bosses à la poitrine
- Ménopause
- Endométriose
- Grossesse; Trimestre \_\_\_\_\_

**Cardiovasculaire**

- Hypertension artérielle
- Hypotension artérielle
- Crise/maladie cardiaque
- Insuffisance cardiaque congestive
- AVC/Anévrisme
- Souffle au cœur
- Stimulateur cardiaque
- Taux élevé de cholestérol
- Gonflement des chevilles
- Mains/pieds froids
- Faible circulation dans les pieds
- Varices/Phlébite
- Antécédents familiaux de \_\_\_\_\_

**Gastro-intestinal**

- Grand ou faible appétit
- Soif excessive
- Gaz/gonflement
- Colite
- Maladie de Crohn
- Constipation
- Diarrhée
- Nausée/vomissement
- Ulcère
- Crampes abdominales
- Problèmes de vésicule biliaire
- Problèmes de foie

**ORL**

- Problèmes de vision
- Problèmes dentaires
- Mal de gorge
- Mal d'oreilles
- Difficulté d'audition
- Prothèse auditive
- Congestion nasale/sinusite
- Allergies/hypersensibilité \_\_\_\_\_  
Type de réaction \_\_\_\_\_
- Gonflement des ganglions

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 réflexologue peut mettre fin au traitement en tout temps en raison d'un comportement inapproprié.
- Je consens à participer à une séance de réflexologie.
- Sachez qu'un réflexologie agréé ne fait pas de diagnostic, ni ne prescrit ou traite des problèmes particuliers. La réflexologie n'est pas un substitut à un traitement médical, mais bien un complément à la plupart des types de thérapie.
- 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 ouvre plus proche de mon domicile.

Signature \_\_\_\_\_ Date d'aujourd'hui \_\_\_\_\_