



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

Facteurs déclencheurs? 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? _____

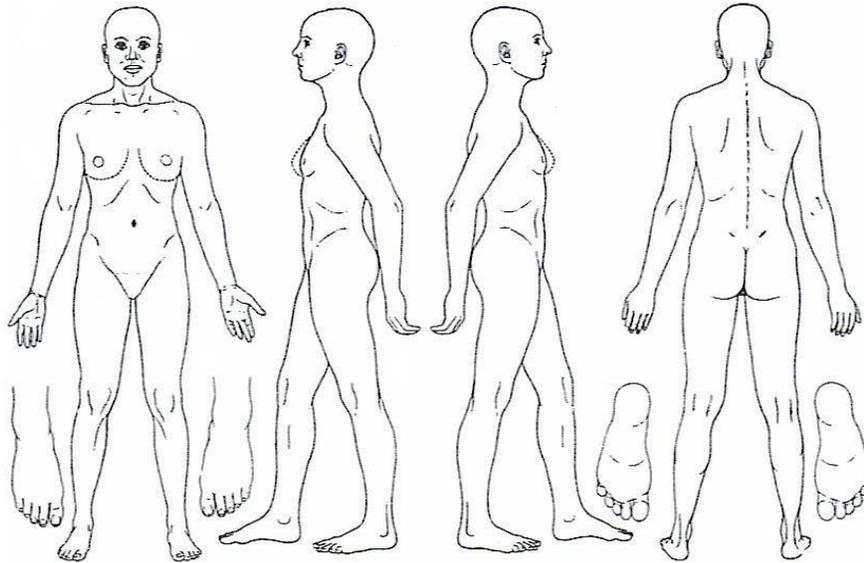
Au quotidien, comment vivez-vous le stress? _____

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										
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 :	<input type="text"/>	Son état à l'arrivée :	serein <input type="checkbox"/>	fatigué <input type="checkbox"/>	épuisé <input type="checkbox"/>	nerveux <input type="checkbox"/>	stressé <input type="checkbox"/>	triste <input type="checkbox"/>
Douleur qui se manifeste :		_____cou <input type="checkbox"/>	_____dos (région dorsale) <input type="checkbox"/>	_____dos (région lombaire) <input type="checkbox"/>				
		_____Membres supérieurs <input type="checkbox"/>	_____membres inférieurs FA <input type="checkbox"/>	_____membres inférieurs FP <input type="checkbox"/>				
Coussin pour le confort :			_____cou <input type="checkbox"/>	_____abdomen <input type="checkbox"/>	_____épaules <input type="checkbox"/>	_____genoux <input type="checkbox"/>		
Informations additionnelles :	<hr/>							
Plan d'intervention : (manœuvres employées et leurs sites)	<hr/>							
Recommandations :	<hr/>							
Commentaires perçus :	<hr/>							

Date :	<input type="text"/>	Son état à l'arrivée :	serein <input type="checkbox"/>	fatigué <input type="checkbox"/>	épuisé <input type="checkbox"/>	nerveux <input type="checkbox"/>	stressé <input type="checkbox"/>	triste <input type="checkbox"/>
Douleur qui se manifeste :		_____cou <input type="checkbox"/>	_____dos (région dorsale) <input type="checkbox"/>	_____dos (région lombaire) <input type="checkbox"/>				
		_____Membres supérieurs <input type="checkbox"/>	_____membres inférieurs FA <input type="checkbox"/>	_____membres inférieurs FP <input type="checkbox"/>				
Coussin pour le confort :			_____cou <input type="checkbox"/>	_____abdomen <input type="checkbox"/>	_____épaules <input type="checkbox"/>	_____genoux <input type="checkbox"/>		
Informations additionnelles :	<hr/>							
Plan d'intervention : (manœuvres employées et leurs sites)	<hr/>							
Recommandations :	<hr/>							
Commentaires perçus :	<hr/>							

Date :	<input type="text"/>	Son état à l'arrivée :	serein <input type="checkbox"/>	fatigué <input type="checkbox"/>	épuisé <input type="checkbox"/>	nerveux <input type="checkbox"/>	stressé <input type="checkbox"/>	triste <input type="checkbox"/>
Douleur qui se manifeste :		_____cou <input type="checkbox"/>	_____dos (région dorsale) <input type="checkbox"/>	_____dos (région lombaire) <input type="checkbox"/>				
		_____membres supérieurs <input type="checkbox"/>	_____membres inférieurs FA <input type="checkbox"/>	_____membres inférieurs FP <input type="checkbox"/>				
Coussin pour le confort :			_____cou <input type="checkbox"/>	_____abdomen <input type="checkbox"/>	_____épaules <input type="checkbox"/>	_____genoux <input type="checkbox"/>	_____chevilles <input type="checkbox"/>	
Particularités supplémentaires :	<hr/>							
Plan d'intervention : (manœuvres employées et leurs sites)	<hr/>							
Recommandations :	<hr/>							
Commentaires perçus :	<hr/>							