

Évaluation de Massage et Consentement

Historique de santé et consentement éclairé pour les services de massothérapie et de travail corporel

Informations du Client

Prénom *

Nom de Famille *

Adresse E-mail *

Numéro de Téléphone *

Date de Naissance *

JJ / MM / AAAA

Détails de la Séance

Type de Massage Demandé *

☐ Suédois / Relaxation

☐ Massage Profond

☐ Massage Sportif

☐ Pierres Chaudes

☐ Thérapie par Points Gâchettes

☐ Libération Myofasciale

☐ Drainage Lymphatique

☐ Réflexologie

☐ Aromathérapie

☐ Ventouses

☐ Recommandation du Thérapeute

Préférence de Pression *

☐ Légère

☐ Moyenne

☐ Ferme

☐ Profonde / Très Ferme

Zones à Cibler / Préoccupations

☐ Tête / Cou

☐ Épaules

☐ Haut du Dos

☐ Bas du Dos

☐ Bras / Mains

☐ Hanches / Fessiers

☐ Jambes / Pieds

☐ Corps Entier — Attention Uniforme

Zones à Éviter

Historique de Santé

Avez-vous l'une des conditions suivantes?

- | | |
|---|--|
| ☐ Tension artérielle élevée | ☐ Maladie cardiaque |
| ☐ Diabète | ☐ Cancer (actuel ou récent) |
| ☐ Antécédents de caillots sanguins / TVP | ☐ Ostéoporose |
| ☐ Arthrite | ☐ Fibromyalgie |
| ☐ Condition cutanée (eczéma, psoriasis, éruptions) | ☐ Varices |
| ☐ Disque hernié ou bombé | ☐ Aucune de ce qui précède |

Êtes-vous actuellement enceinte? *

- ☐ Oui ☐ Non

Avez-vous eu des blessures, chirurgies ou fractures récentes? *

- ☐ Oui ☐ Non

Si oui, veuillez décrire

Médicaments Actuels

Avez-vous des allergies aux huiles, lotions ou parfums? *

- ☐ Oui ☐ Non

Si oui, veuillez décrire

Consentement et Décharge

Consentement à la Massothérapie :

1. Je comprends que la massothérapie n'est pas un substitut au traitement médical.
2. J'informerai mon thérapeute de tout inconfort pendant la séance.
3. Je comprends que je peux me déshabiller selon mon niveau de confort et serai correctement drapé à tout moment.
4. Je consens aux techniques de massage discutées avec mon thérapeute.
5. Je comprends que le massage peut occasionnellement causer des courbatures, des ecchymoses ou des étourdissements.
6. J'ai divulgué toutes les conditions de santé pertinentes et je comprends que le fait de retenir des informations pourrait affecter la sécurité de mon traitement.

Je consens à la massothérapie et j'ai divulgué toutes les informations de santé pertinentes.

J'ai lu et j'accepte le consentement ci-dessus: _____

Notes de Séance

Réservé à l'usage du cabinet

	Date	Zone	Technique	Pression
Entrée 1				
Entrée 2				
Entrée 3				
Entrée 4				
Entrée 5				
Entrée 6				

Consentement et Signature

Je consens à la massothérapie telle que décrite. J'ai divulgué toutes les conditions de santé pertinentes et je comprends la nature et l'objectif du traitement. Je libère le thérapeute de toute responsabilité.

Je confirme que j'ai lu et compris les informations ci-dessus et je donne mon consentement éclairé.

J'ai lu et comprends les informations ci-dessus: _____

Signature

Date

Nom en lettres majuscules

Date *

JJ / MM / AAAA

Ce formulaire a été fourni gratuitement par Consentify

Consentify transforme des formulaires comme celui-ci en consentement numérique que vos clients signent sur leur propre téléphone via code QR — avec génération automatique de PDF, détection des contre-indications et stockage sécurisé. Plan gratuit disponible sur <https://getconsentify.com>.

Modèle uniquement. Consultez votre professionnel agréé ou un conseiller juridique avant utilisation ; les exigences varient selon la juridiction et la pratique.