

Consentement de Massage Prénatal

Consentement spécialisé pour massage prénatal avec dépistage spécifique au trimestre et autorisation médicale

Informations Client

Prénom *

Nom *

Adresse E-mail *

Numéro de Téléphone *

Date de Naissance *

JJ / MM / AAAA

Informations sur la Grossesse

Date d'Accouchement Prévus *

JJ / MM / AAAA

Trimestre Actuel *

- ☐ Premier Trimestre (semaines 1-12) ☐ Deuxième Trimestre (semaines 13-27)
☐ Troisième Trimestre (semaines 28-40)

Nom du Médecin Obstétricien/Gynécologue ou Sage-Femme *

Téléphone du Médecin Obstétricien/Gynécologue *

Votre médecin vous a-t-il autorisé à recevoir un massage? *

- ☐ Oui ☐ Non ☐ Je n'ai pas encore demandé

Dépistage de la Santé en Grossesse

Votre grossesse a-t-elle été classée comme à haut risque? *

- ☐ Oui ☐ Non

Présentez-vous ou avez-vous reçu un diagnostic de l'une des conditions suivantes?

- | | |
|---|---|
| ☐ Prééclampsie / Hypertension artérielle | ☐ Diabète gestationnel |
| ☐ Placenta praevia | ☐ Risque de travail prématuré / Insuffisance cervicale |
| ☐ Caillots sanguins / Thrombose veineuse profonde | ☐ Œdème sévère / Gonflement |
| ☐ Nausées matinales graves / Hyperémèse gravidique | ☐ Aucune des conditions ci-dessus |

Où ressentez-vous de l'inconfort?

Consentement de Massage Prénatal

Informations sur le Massage Prénatal:

- Vous serez positionnée sur le côté avec des oreillers de soutien pour le confort et la sécurité
- Certains points de pression (chevilles, poignets, entre le pouce et l'index) seront évités car ils peuvent stimuler les contractions
- Le travail abdominal profond NE sera PAS effectué
- Des huiles essentielles sûres pour la grossesse seront utilisées, ou aucune si vous le préférez
- Si vous ressentez des contractions, des étourdissements ou de l'inconfort, informez immédiatement votre thérapeute
- Le massage pendant la grossesse a montré réduire le stress, diminuer la tension musculaire, améliorer la circulation et favoriser un meilleur sommeil

Je confirme que j'ai révélé mon statut complet de santé en grossesse et je comprends les directives pour le massage prénatal.

Je comprends les directives du massage prénatal: _____

Notes de Séance

Réservé à l'usage du cabinet

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

Consentement et Signature

Je consens à la thérapie de massage prénatal. J'ai révélé toutes les conditions de santé liées à la grossesse et je comprends que certaines techniques et zones sont modifiées ou évitées pendant la grossesse. 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.