



Questionnaire santé

Confidentiel lorsque complété
GAB-SM 039 (révision 1, 10 nov. 2014)

Nom :

Profession :

Date de naissance :

Téléphone :

Courriel :

Motif de la consultation :

Massothérapeute agréé :

Date de

consultation :

Douleur perçue	<i>cou</i> <input type="radio"/>	<i>dos (région dorsale)</i> <input type="radio"/>	<i>dos (région lombaire)</i> <input type="radio"/>
	<i>membres supérieurs (bras)</i> <input type="radio"/>	<i>membres inférieurs (jambe avant)</i> <input type="radio"/>	<i>membres inférieurs (jambe arrière)</i> <input type="radio"/>

Généralité	Votre sommeil est-il :	<i>réparateur</i> <input type="radio"/>	<i>insuffisant</i> <input type="radio"/>	<i>réveils fréquents</i> <input type="radio"/>
	Avez-vous subi antérieurement :	<i>_____ fracture</i> <input type="radio"/>	<i>_____ accident</i> <input type="radio"/>	<i>_____ chirurgie</i> <input type="radio"/>
	Allergie : oui <input type="radio"/> non <input type="radio"/> _____	Médicament : oui <input type="radio"/> non <input type="radio"/> _____		
	Problème de peau :	<i>verruge</i> <input type="radio"/>	<i>eczéma</i> <input type="radio"/>	<i>psoriasis</i> <input type="radio"/>
	Êtes-vous enceinte? oui <input type="radio"/> non <input type="radio"/>	Combien de semaine :	_____	
Avez-vous souffert ou souffrez-vous d'un cancer? _____				

Systèmes	Articulaire :	<i>arthrite, arthrose, tendinite...</i>	<i>oui</i> <input type="radio"/> <i>non</i> <input type="radio"/>
	Circulation :	<i>hypertension, basse pression, migraine, troubles cardiaques...</i>	<i>oui</i> <input type="radio"/> <i>non</i> <input type="radio"/>
	Digestif :	<i>constipation, diarrhée, ulcère, reflux gastrique...</i>	<i>oui</i> <input type="radio"/> <i>non</i> <input type="radio"/>
	Hormonal :	<i>diabète</i>	<i>oui</i> <input type="radio"/> <i>non</i> <input type="radio"/>
	Nerveux :	<i>mal de tête, stress, anxiété ...</i>	<i>oui</i> <input type="radio"/> <i>non</i> <input type="radio"/>
	Respiratoire :	<i>asthme, toux, emphysème...</i>	<i>oui</i> <input type="radio"/> <i>non</i> <input type="radio"/>

Consultation avec d'autres professionnels ? oui non _lesquels _____

Contre-indications et/ou traitement en cours : _____

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.

Signature du client : _____

Suivi thérapeutique

<u>Date</u>	<u>Bref résumé</u>	<u>Initiales</u>