



## Questionnaire de santé

Pour assurer votre sécurité et votre bien-être pendant votre massage Olie'Day, je vous demande de bien vouloir répondre aux questions ci-dessous. Les réponses resteront confidentielles. En fonction des réponses ci-dessous, je me donne le droit d'annuler le massage afin d'éviter tout risque inutile pour vous.

Nom Prénom :	
Adresse postale complète :	
Email :	Téléphone :
Profession :	Date de naissance :

Quelles sont vos pénibilités au travail :

.....

Souffrez-vous d'une allergie :

<input type="radio"/> Huile d'amande douce	<input type="radio"/> Huile de noisette	<input type="radio"/> Hydrolat de fleurs d'orangers
<input type="radio"/> Huile d'abricot	<input type="radio"/> Huile essentielle de Cèdre d'Atlas	<input type="radio"/> Hydrolat de Bleuet
<input type="radio"/> Huile de sésame	<input type="radio"/> HE. de Géranium d'Egypte	<input type="radio"/> <b>Non</b>

Comment vous sentez-vous après avoir mangé :

- Je digère bien et me sens léger(e) après manger.
- Parfois des brûlures d'estomac ou reflux acides.
- Ballonnements et gaz après manger.
- Problèmes de constipation ou diarrhée fréquents.
- Sensation de lourdeur ou inconfort après les repas.

Comment vous sentez-vous au réveil :

- Je dors bien et je me sens reposé(e) au réveil.
- Je me réveille plusieurs fois pendant la nuit.
- Je me sens fatigué(e) le matin malgré une nuit de sommeil.
- Je fais des cauchemars ou des insomnies régulièrement.
- Je m'endors facilement et je dors profondément toute la nuit.

Quelles sont les pathologies/opération présentes ou passée :

.....

Quels sont les traitements en cours :

.....

Cochez une ou plusieurs cases :

<b>CONTRE-INDICATIONS</b>	<b>X</b>
Pathologies cardio-vasculaires	
Fractures (moins de 60 jours)	
Maladies infectieuses	
Maladies de peau contagieuse (Engelure, brûlure ou irritation cutanée, verrue, dermatite purulente ou infection active de la peau)	
Contusions	
Etats fébriles ou inflammatoires	
Insuffisance rénale	
Hypertension	
Pathologies lourdes (cancer, troubles cardiaques)	
Opération ou blessure récente dans la nuque, le crâne ou le visage	
Injection de produit esthétique ou sclérosant (botox par exemple) il y a 7 jours ou dans les 7 jours suivant l'électrolyse ou la radiation (lumière, radiofréquence, laser, rayons, etc.)	
Troubles du bas ventre	
Pathologies veineuses aiguës	
Insuffisance cardiaque non compensée	
Hyperthyroïdie	
Hypotension	
Maladie aiguë	
Traumatismes	
Psychose	
Autisme	
Asthme	
<b>Rien à signaler</b>	

Souhaitez-vous signaler d'autres informations médicales pertinentes pour votre sécurité et votre confort pendant le massage ?

.....

Est-ce qu'il y a possibilité d'un heureux évènement en cours (Grossesse) : OUI / NON

*En remplissant ce questionnaire, vous reconnaissez que les informations fournies sont exactes et complètes. Vous comprenez que le massage bien-être est pratiqué à vos propres risques et que Olie'Day se décharge de toute responsabilité en cas de complications résultant de conditions médicales non divulguées. Votre sécurité et votre satisfaction sont ma priorité, et je vous encourage à partager toutes les informations nécessaires pour une expérience de massage en toute sécurité.*

Date et signature :