

QUESTIONNAIRE PRÉCÉDANT LA PRATIQUE DU MASSAGE RUSSE

1/ CONTRE-INDICATIONS ABSOLUES :

- Amaigrissement inexplicé (entre 3 et 6kg sur un an sans aucune raison) : OUI NON
- Anorexie : OUI NON
- Asthénie (grande fatigue) : OUI NON
- Douleurs à prédominance nocturne (2h/3h du matin) : _____ OUI NON
- Douleur diurne et nocturne : _____ OUI NON
- Réveil matinal précoce : _____ OUI NON
- Raideur/verrouillage articulaire matinale durant plus d'une heure : _ OUI NON
- Perte de force/sensibilité, cartonnement, irradiation ou fourmillement : OUI NON
- Traumatisme, chute, choc :
 1. Significatif : OUI NON
 2. Négligé : OUI NON
 3. Plaie : OUI NON
- Traitement prolongé aux corticoïdes : _____ OUI NON
- Antécédents de tumeur maligne : _____ OUI NON
- Fièvre/Malade : _____ OUI NON
- Troubles sphinctériens : _____ OUI NON
- Suis-je enceinte : _____ OUI NON

2/ VIGILANCES IMPÉRATIVES :

- Présence de matériel dans le corps : broches, vis, prothèses (articulation, mammaire,...) merci de préciser où et quoi :

Si je suis une femme où en suis-je dans mon cycle et ai-je des douleurs au moment du rendez-vous ?

- _____

Je soussigné.e : (NOM Prénom) _____,
certifie exacte les renseignements ci-dessus et déclare être conscient.e des risques liés à cette pratique.

Fait à : _____

Le : _____

Signature (du responsable légal) :
Lu et approuvé