



FICHE SANTÉ

Spa des Délices

Prénom de la thérapeute :

Date:

Signature thérapeute :

COORDONNÉES

Nom : Prénom :

Date de naissance : E-mail:

Téléphone : Signature:

QUESTIONS

Est-ce que c'est votre premier massage ? Oui - Non

Choix du massage:

Êtes-vous allergique(s) ou sensible(s) à certaines substances ou produits ? Oui. - Non

Si oui,.....

Mesdames, attendez-vous un heureux événement ? Oui, mois. Non

Quelles bénéfices attendez-vous du massage ?

.....

Avez-vous subi une chirurgie récemment ? Si oui, laquelle

PRESSIION

Dos :	☐ Léger	☐ Moyen	☐ Fort
Ventre :	☐ Léger	☐ Moyen	☐ Fort
Jambes :	☐ Léger	☐ Moyen	☐ Fort
Bras :	☐ Léger	☐ Moyen	☐ Fort



QUESTIONNAIRE SANTÉ

Spa des Délices

Les zones à Privilégier :

- | | |
|--|---------------------------------------|
| ☐ Dos | ☐ Nuque |
| ☐ Bras | ☐ Main |
| ☐ Jambes arrière | ☐ Pieds Ar. |
| ☐ Jambes avant | ☐ Pieds Avt |
| ☐ Ventre | ☐ Poitrine |
| ☐ Visage | ☐ Cuir chevelu |
| ☐ Fessier | |
| ☐ Autres à préciser : | |

Les zones à éviter :

- | | |
|--|---------------------------------------|
| ☐ Dos | ☐ Nuque |
| ☐ Bras | ☐ Main |
| ☐ Jambes arrière | ☐ Pieds Ar. |
| ☐ Jambes avant | ☐ Pieds Avt |
| ☐ Ventre | ☐ Poitrine |
| ☐ Visage | ☐ Cuir chevelu |
| ☐ Fessier | |
| ☐ Autres à préciser : | |

Souffrez-vous présentement ou au cours des derniers mois des problèmes suivants?

Respiratoire :

- ☐ Asthme
- ☐ Rhume/ Grippe
- ☐ Bronchite

Circulatoire :

- ☐ Varice
- ☐ Phlébite
- ☐ Tension H ou B

Peau:

- ☐ Eczéma
- ☐ Zona
- ☐ Psoriasis
- ☐ Verrue

Nerveux:

- ☐ Insomnie
- ☐ Angoisse
- ☐ Stress
- ☐ Migraine
- ☐ Rhumatisme

Lymphatique:

- ☐ Oedème
- ☐ Cellulite

Immunitaire:

- ☐ Cancer
- ☐ Infections
- ☐ VIH

Musculaire / articulaires

- ☐ Crampes
- ☐ Tension
- ☐ Foulure
- ☐ Fibromyalgie
- ☐ Sciatique

Digestif:

- ☐ Constipation
- ☐ Diarrhée

Cardiaque :

- ☐ AVC
- ☐ Thrombose
- ☐ Arythmie / Palpitation

Je ne désire pas remplir la fiche santé, date et signature:

