

# BILAN EN MASSOTHÉRAPIE

## MASSOTHERAPY HEALTH QUESTIONNAIRE

### Formulaire dossier confidentiel

### *Confidential*

Date de la première rencontre / Date of the first meeting :

\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
Jour/Day Mois/Month Année/Year

Avez-vous un programme d'assurance qui couvre la massothérapie ?  Oui  Non  
*Do you have an insurance plan that covers massage therapy? Yes No*

Homme / Man  Femme / Women

Nom / Name : \_\_\_\_\_

Prénom / First name : \_\_\_\_\_

Adresse / Address : \_\_\_\_\_

Ville / City : \_\_\_\_\_ Code postal code : \_\_\_\_\_

Tél. maison / Tel. home: \_\_\_\_\_

Tél. bureau / Tel. office: \_\_\_\_\_

Tél. cellulaire / Cell phone: \_\_\_\_\_

Courriel / E-mail : \_\_\_\_\_

Date de naissance / Birth date: \_\_\_\_\_

Occupation : \_\_\_\_\_

La raison de la consultation ? *Reason for the consultation?*

-----  
-----

Avez-vous reçu un diagnostic médical ? *Have you received a medical diagnosis?*

-----  
-----

Prenez-vous des médicaments ? Lesquels ? *Are you taking medication? What for?*

-----  
-----

Avez-vous déjà eu des accidents ? *Have you had any accidents?*

-----  
-----

Avez-vous déjà eu des opérations chirurgicales ? *Have you ever had surgery?*

-----  
-----

Quels sont les traitements que vous suivez actuellement et quels en sont les effets ?

*Do you have any health conditions? If yes, what treatment are you receiving?*

-----  
-----



Avez-vous des problèmes cardiaques, circulatoires ou respiratoires ? *Do you have heart, circulatory or respiratory problems?* \_\_\_\_\_

Avez-vous déjà eu des maladies graves ? Si oui, lesquelles ? *Have you ever had serious diseases? If so, which ones?* \_\_\_\_\_

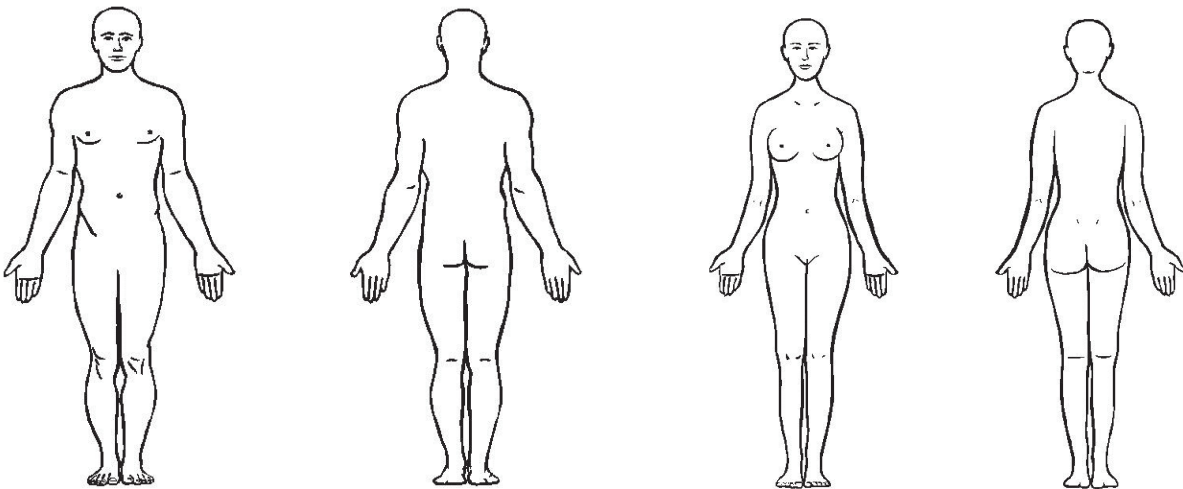
Portez-vous des orthèses, des verres de contact, prothèse ou autres ?  
*Do you wear braces, contact lenses, prosthesis or others?* \_\_\_\_\_

Avez-vous des allergies ? *Do you have allergies?* \_\_\_\_\_

**COCHEZ LES CASES APPROPRIÉES / CHECK THE APPLICABLE BOXES**

- |   |   |   |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Raideurs/ <i>Stiffness</i>                           | <input type="checkbox"/> Douleurs musculaires/ <i>Muscular pain</i> | <input type="checkbox"/> Inflammation aiguë/ <i>Acute inflammation</i>  |
| <input type="checkbox"/> Arthrose/ <i>Arthrosis</i>                           | <input type="checkbox"/> Fibromyalgie/ <i>Fibromyalgia</i>          | <input type="checkbox"/> Artériosclérose/ <i>Arteriosclerosis</i>       |
| <input type="checkbox"/> Hernie discale/ <i>Herniated disc</i>                | <input type="checkbox"/> Rhumatisme/ <i>Rheumatism</i>              | <input type="checkbox"/> Ostéoporose/ <i>Osteoporosis</i>               |
| <input type="checkbox"/> Oedèmes/ <i>Edema</i>                                | <input type="checkbox"/> Sciatique/ <i>Sciatica</i>                 | <input type="checkbox"/> Maux de dos/ <i>Backache</i>                   |
| <input type="checkbox"/> Tendinite/ <i>Tendonitis</i>                         | <input type="checkbox"/> Bursite/ <i>Bursitis</i>                   | <input type="checkbox"/> Fatigue des jambes/ <i>Fatigue of the legs</i> |
| <input type="checkbox"/> Maux de tête/ <i>Headache</i>                        | <input type="checkbox"/> Migraine                                   | <input type="checkbox"/> Troubles digestifs/ <i>Digestive disorders</i> |
| <input type="checkbox"/> Flatulence   | <input type="checkbox"/> Diarrhée/ <i>Diarrhea</i>                  | <input type="checkbox"/> Constipation                                   |
| <input type="checkbox"/> Troubles circulatoires/ <i>Circulatory disorders</i> | <input type="checkbox"/> Phlébite/ <i>Phlebitis</i>                 | <input type="checkbox"/> Hyperthyroïdie/ <i>Hyperthyroidism</i>         |
| <input type="checkbox"/> Hypothyroïdie/ <i>Hyperthyroidism</i>                | <input type="checkbox"/> Hypertension                               | <input type="checkbox"/> Hypotension/                                   |
| <input type="checkbox"/> Diabète/ <i>Diabetes</i>                             | <input type="checkbox"/> Hypoglycémie/ <i>Hypoglycemia</i>          | <input type="checkbox"/> Insomnie/ <i>Insomnia</i>                      |
| <input type="checkbox"/> Stressé/ <i>Stress</i>                               | <input type="checkbox"/> Burn out                                   | <input type="checkbox"/> Dépression nerveuse/ <i>Nervous breakdown</i>  |
| <input type="checkbox"/> Préménopause/ <i>Perimenopause</i>                   | <input type="checkbox"/> Ménopause/ <i>Menopause</i>                | <input type="checkbox"/> Autres/ <i>Others</i>                          |

**INDIQUER LES ENDROITS OÙ VOUS RESSENTEZ DE LA DOULEUR / INDICATE THE PLACES WHERE YOU FEEL PAIN**



Je confirme que tous les renseignements fournis dans le présent dossier sont véridiques.  
I confirm that all the information supplied in the present file is true.

Signature / *Signature*: \_\_\_\_\_  
Date : \_\_\_\_\_