

FORMULAIRE DE PRISE EN CHARGE DU CLIENT EN VUE D'UNE RÉFLEXOLOGIE

RENSEIGNEMENTS PERSONNELS

Nom : _____

Adresse : _____

Cellulaire : _____

RENSEIGNEMENTS SUR LA SANTÉ

Prenez-vous des médicaments? Oui Non

- Si oui, veuillez indiquer leurs noms et les raisons de leur utilisation :

Êtes-vous enceinte? Oui Non

- Si oui, depuis combien de temps? _____

- Existe-il des facteurs de risque élevé?

Avez-vous des allergies ou des intolérances? Oui Non

- Si oui, veuillez indiquer lesquelles : _____

Avez-vous subi une ou plusieurs blessures récemment? Oui Non

- Si oui, veuillez indiquer lesquelles : _____

Veillez indiquer les affections suivantes qui vous concernent :

- Cancer
- Maux de tête/migraine
- Arthrite
- Diabète
- Arthroplastie(s)
- Hypertension ou hypotension
- Neuropathie
- Fibromyalgie
- Accident vasculaire cérébral
- Crise cardiaque
- Dysfonctionnement des reins
- Caillot sanguin
- Engourdissements
- Entorse ou foulure
- Autre : _____

- Veuillez décrire plus en détail les affections que vous avez indiquées ci-dessus :

Évaluez les éléments ci-dessous en utilisant une échelle de 1 à 5 :

Qualité du sommeil : Faible 1 2 3 4 5 Excellent

Niveau d'énergie : Faible 1 2 3 4 5 Excellent

Niveau de stress : Faible 1 2 3 4 5 Excellent

Qualité de l'alimentation : Faible 1 2 3 4 5 Excellent

Activité physique : Faible 1 2 3 4 5 Excellent

RENSEIGNEMENTS SUR LE TRAITEMENT

Avez-vous déjà eu recours à la réflexologie? Oui Non

Veillez indiquer les zones où vous ressentez une gêne :

ACCUSÉ DE RÉCEPTION

J'ai rempli ce formulaire au mieux de mes capacités et de mes connaissances, et je m'engage à informer mon réflexologue en cas de changement de l'un ou l'autre des renseignements ci-dessus.

Signature du client : _____ Date : _____

Nom en caractères d'imprimerie : _____