

Feuille de suivi

Nom :

Prénom :

Accompagnement numéro :

Attente du client :

Cause:							
Problématique:							
Protocole proposé:							
État d'esprit:							
Fatigue	<input type="checkbox"/>	Stress	<input type="checkbox"/>	Angoisse	<input type="checkbox"/>	Déprime	<input type="checkbox"/>
Douleurs musculaire	<input type="checkbox"/>	Courbature	<input type="checkbox"/>	Jambes lourdes	<input type="checkbox"/>	Muscles figés	<input type="checkbox"/>
baisse énergétique	<input type="checkbox"/>	Amincissement	<input type="checkbox"/>	Peine	<input type="checkbox"/>	Plaisir	<input type="checkbox"/>
Proposition de suivi:							
Avis client après massage:							
Specialiste médicale?							
Prochain Rendez-vous:							
Mon commentaire de fin de seance:							

Cause:							
Problématique:							
Protocole proposé:							
État d'esprit:							
Fatigue	<input type="checkbox"/>	Stress	<input type="checkbox"/>	Angoisse	<input type="checkbox"/>	Déprime	<input type="checkbox"/>
Douleurs musculaire	<input type="checkbox"/>	Courbature	<input type="checkbox"/>	Jambes lourdes	<input type="checkbox"/>	Muscles figés	<input type="checkbox"/>
baisse énergétique	<input type="checkbox"/>	Amincissement	<input type="checkbox"/>	Peine	<input type="checkbox"/>	Plaisir	<input type="checkbox"/>
Proposition de suivi:							
Avis client après massage:							
Specialiste médicale?							
Prochain Rendez-vous:							
Mon commentaire de fin de seance:							

Cause:							
Problématique:							
Protocole proposé:							
État d'esprit:							
Fatigue	<input type="checkbox"/>	Stress	<input type="checkbox"/>	Angoisse	<input type="checkbox"/>	Déprime	<input type="checkbox"/>
Douleurs musculaire	<input type="checkbox"/>	Courbature	<input type="checkbox"/>	Jambes lourdes	<input type="checkbox"/>	Muscles figés	<input type="checkbox"/>
baisse énergétique	<input type="checkbox"/>	Amincissement	<input type="checkbox"/>	Peine	<input type="checkbox"/>	Plaisir	<input type="checkbox"/>
Proposition de suivi:							
Avis client après massage:							
Specialiste médicale?							
Prochain Rendez-vous:							
Mon commentaire de fin de seance:							

Cause:							
Problématique:							
Protocole proposé:							
État d'esprit:							
Fatigue	<input type="checkbox"/>	Stress	<input type="checkbox"/>	Angoisse	<input type="checkbox"/>	Déprime	<input type="checkbox"/>
Douleurs musculaire	<input type="checkbox"/>	Courbature	<input type="checkbox"/>	Jambes lourdes	<input type="checkbox"/>	Muscles figés	<input type="checkbox"/>
baisse énergétique	<input type="checkbox"/>	Amincissement	<input type="checkbox"/>	Peine	<input type="checkbox"/>	Plaisir	<input type="checkbox"/>
Proposition de suivi:							
Avis client après massage:							
Specialiste médicale?							
Prochain Rendez-vous:							
Mon commentaire de fin de seance:							



Pour m'assurer du bon déroulé de votre massage, j'ai besoin que vous répondiez sincèrement à quelques questions. Les réponses resteront confidentielles.

Nom: _____ Prénom: _____

Date de naissance: ____/____/____

Adresse : _____

Code Postal: _____ Ville: _____

Tel: _____ Mail: _____

• Pratiquez-vous une ou des activité(s) sportive(s)? Oui / Non

Si oui la ou les quelle(s): _____

• Avez-vous déjà reçu un ou des massage(s)? Oui / Non Si oui le ou les quel(s):

- Suédois - Californien - Massage Assis - Thai

- Pierres chaudes - Lomi Lomi (Hawaïen) - Je ne sais pas

-Autre: _____

• Partie(s) du corps à éviter pendant le massage ? Douleurs Particulières ?

• Avez-vous des problèmes de circulation sanguine ? Oui / Non

• Avez-vous eu une maladie grave ? Oui / Non

• Etes-vous sous traitement médicamenteux ? Oui / Non

• Etes-vous allergique à une huile ou autre chose ? Oui / Non

Si oui la ou les quelle(s): _____

• Avez-vous subi une ou des intervention(s) chirurgicale(s) de moins de 3 mois? Oui / Non

Si oui la ou les quelle(s):

Après avoir pris connaissance de ce questionnaire, je certifie que tous les renseignements donnés sont exacts et complets. Ce questionnaire est strictement confidentiel.

Fait à: _____

Le: _____

Signature: