

# 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: