**QUESTIONNAIRE GÉNÉRAL**

**SYLVAIN ROUCHIÉ – MASSAGE, ÉNERGIE & CONSCIENCE**

*Confidentiel lorsque complété*

Ouverture du dossier :

**Renseignements Généraux**

**Nom : Prénom : Date de naissance :**

**Adresse : Ville / CP :**

**Téléphone : Email :**

**Profession : Activité sportive :**

**Informations Médicales**

**Raison de la consultation :**

Avez-vous consulté un médecin/thérapeute à ce sujet? Oui Non

Quel diagnostic avez-vous eu?

Prenez-vous des médicaments? Oui Non

Si oui, lesquels?

Souffrez-vous de : Migraine (B) Maux de tête réguliers (B) Fatigue (E) Insomnie (F)

Précisez :

Souffrez-vous de : Problèmes digestifs (T) Diabète (T) Hypoglycémie (T) Autres

Précisez :

Avez-vous des problèmes cardiaques ou circulatoires? (F) Oui Non

Précisez :

Avez-vous des problèmes respiratoires? (M) Oui Non

Précisez :

Avez-vous des allergies? (M) Oui Non

Précisez :

Avez-vous déjà subi des opérations ou des fractures? (E) Oui Non

Précisez :

Avez-vous déjà eu un accident? Oui Non

Précisez :

Avez-vous un cancer? (M) Oui Non

Si oui, quel est-il?

Traitement en cours :

Êtes-vous porteur du VIH? Oui Non

Traitement en cours :

Prenez-vous des Drogues (B) Stimulants? (B)

Si oui, lesquels?

Date de dernière prise :

**Stress & Anxiété**

Souffrez-vous de : Stress (E) Anxiété? (E)

Détails de votre situation :

Avez-vous déjà effectué une thérapie vis-à-vis du stress ou de l’anxiété? Oui Non

Précisez :

**Alimentation**

Pensez-vous que votre alimentation est saine et équilibrée? Très Moyennement Pas du tout

Précisez :

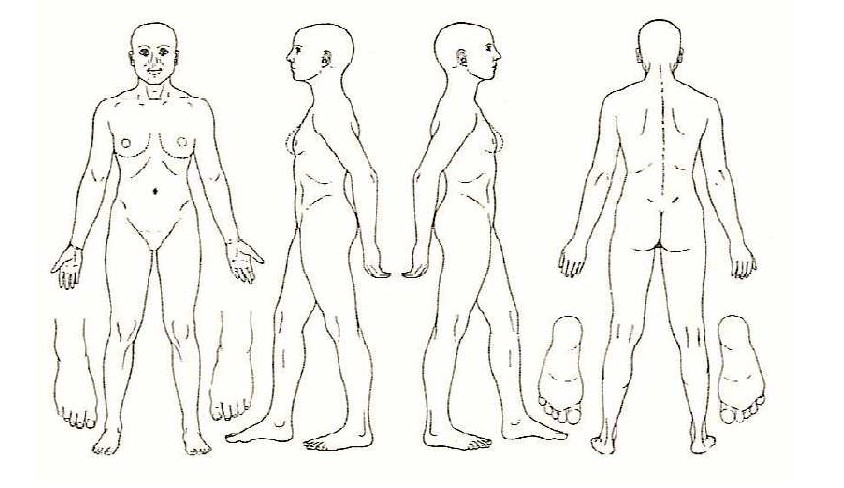
Quelle est votre consommation de café/thé par jour :

Quelle est votre consommation d’alcool par jour :

Quelle est votre consommation d’eau par jour :

Informations pertinentes sur votre alimentation?

**Historique corporel – Votre ressenti actuel**



**Décrivez vos tensions, raideurs, inconforts ou toutes autres manifestations physiques ressenties :**

1 – **Description** :

Depuis quand :

Intensité (0 à 10) :

Durée :

Fréquence :

À quelle heure :

En mouvement ou statique :

Détails supplémentaires :

2 – **Description** :

Depuis quand :

Intensité (0 à 10) :

Durée :

Fréquence :

À quelle heure :

En mouvement ou statique :

Détails supplémentaires :

3 – **Description** :

Depuis quand :

Intensité (0 à 10) :

Durée :

Fréquence :

À quelle heure :

En mouvement ou statique :

Détails supplémentaires :

Avez-vous d’autres ressentis *(physiques, psychologiques, émotionnels, énergétiques)* actuellement ? Oui Non

Si oui, décrivez-les :

**Précision vis-à-vis du Toucher (Massage – Shiatsu ou Accompagnement)**

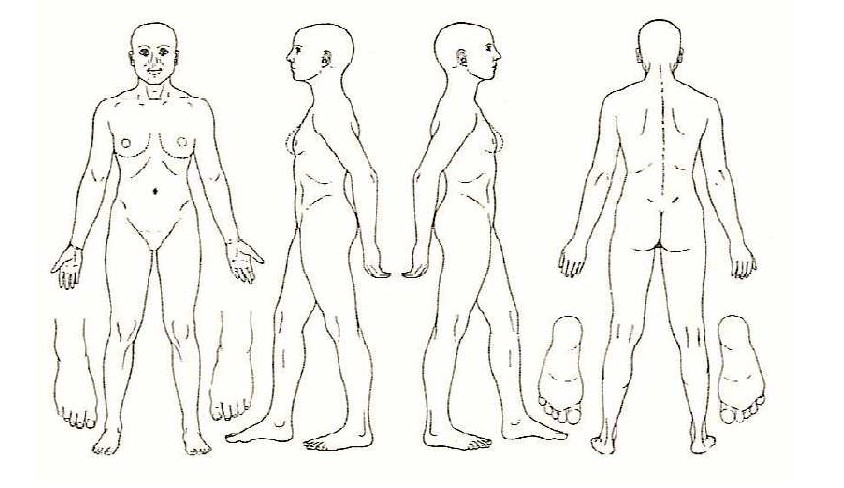
**Avez-vous ou avez-vous eu un problème de peau?** (M)  **Oui** **Non**

Si oui, lequel?

**Avez-vous des difficultés avec le fait d’être touché ?** (M)   **Oui** **Non**

Si oui, précisez :

**Perception de votre corps** *(historique de vie)*



**Entourez sur l’image les zones de votre corps qui attirent régulièrement votre attention.**

*(Chaleur, pétillements, serrement, inconforts, tensions, raideurs, douleurs ou autres …)*

**Commentaires généraux :** (réservé au client)

Le présent questionnaire a pour objectif de dresser un portrait représentatif de votre situation actuelle générale. Il permettra de choisir, utiliser et optimiser une approche qui soit en concordance avec votre condition médicale. Bien que celui-ci ne soit qu’à titre consultatif, omettre de déclarer une condition médicale pourrait compromettre le déroulement et le résultat de nos séances. En ce cas, la responsabilité professionnelle du thérapeute ne pourrait évidemment être engagée. Dans ce contexte, il serait utile que vous complétiez avec soin le présent questionnaire.

Afin de pouvoir préparer, au mieux, notre rencontre, merci de me retourner ce document le plus tôt possible.

Il suffit de me l’envoyer **par e-mail** à l’adresse suivante : [rouchie.sylvain@gmail.com](mailto:rouchie.sylvain@gmail.com)

Votre Signature : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_