

Questionnaire patient

1^{ère} séance de réflexologie plantaire

L'anamnèse

Nom / Prénom :

Date de naissance :

Age :

.....

Date du questionnaire :

1 – Comment est votre état de santé général ?

- Très bon
- Bon
- Moyen
- Mauvais
- Très mauvais

2 – Souffrez-vous d'une maladie ou d'un problème de santé chronique ?

- Oui

Si oui, précisez :

- Non
- Ne sais pas

Savez-vous que réflexologie et cancer font bon ménage sous et seulement sous la surveillance d'un médecin ?

3 – Êtes-vous limité(e) depuis au moins 6 mois, à cause d'un problème de santé, dans les activités que les gens font habituellement ?

- Oui, fortement limité(e)
- Oui, limité(e)
- Non

4 – Indiquez votre poids : |...|...|...| kg
votre taille : |...| m |...|...|...| cm

5 – Avez-vous déjà été opéré(e) ? Oui Non

Si oui, précisez la nature des interventions :

1 - Date :

2 - Date :

3 - Date :

4 - Date :

5 - Date :

6 – Avez-vous habituellement des difficultés pour vous déplacer ? Oui Non

Si oui, précisez :

.....
.....
.....
.....

7 – Portez-vous une prothèse ? Si oui, laquelle (auditive, dentaire, hanche, pile pour le cœur)

.....

Attention, savez-vous qu'en cas de problème cardiaque, le soin en réflexologie plantaire ne peut vous être administré ?

8 – Êtes-vous enceinte ? Oui Non

Attention, savez-vous qu'en cas de grossesse de plus de trois mois, le soin en réflexologie plantaire ne peut vous être administré ?

Êtes-vous ménopausée ? Oui Non

Si oui, prenez-vous un traitement hormonal pour la ménopause ?

.....
.....

9 – Souffrez-vous ou avez-vous souffert d'une quelconque dépendance (café, somnifère, alcool, drogue, cigarettes, autre) ?

Oui Non

Si oui, précisez :

.....
.....
.....
.....

10 – Au cours des 12 derniers mois, avez-vous consommé des médicaments ? Oui Non

Si oui, précisez :

.....
.....
.....
.....

11 – Souffrez-vous de :

(répondre par OUI ou NON)

Troubles du sommeil ?

Dépression ?

Anxiété ou troubles anxieux (ex : tachycardie) ?

Autres problèmes psychiques ? Précisez :

Migraines, maux de tête ?

Autres problèmes neurologiques ? Précisez :

Eczéma ?

Psoriasis ?

Acné ?

Mycoses cutanées (mains, pieds, ongles, cuir chevelu...) ?

Autres problèmes de peau ? Précisez :

Glaucome, hypertension oculaire ?

Cataracte ?

Strabisme ?

Trouble de la vue comme myopie, presbytie,... ? Précisez :

Autres problèmes oculaires ? Précisez :

Hyperthyroïdie, goitre, hypothyroïdie ou autres affections de la thyroïde ?

Précisez :

Diabète ?

Trop de lipides dans le sang : cholestérol, triglycérides... ?

Autres problèmes endocriniens ou métaboliques ? Précisez :

Infection urinaire, cystite ?
Perte involontaire d'urines ?
Maladie de la prostate (adénome ou hypertrophie) ?
Trouble des règles ?
Troubles liés à la ménopause ?
Autres problèmes urinaires ou génitaux ? Précisez :

Sciatique, lumbago, douleurs lombaires ?
Hernie discale ?
Ostéoporose ?
Arthrose, rhumatisme ?
Précisez la (ou les) localisation(s)
Autres problèmes concernant les os et articulations ? Précisez :

Maladie ou problème concernant la bouche et les dents ?
Précisez :

Ulcère de l'estomac, du duodénum ?
Crampes, brûlures, douleurs d'estomac ?
Hernie hiatale ?
Trouble chronique du transit intestinal (diarrhée, constipation, alternance diarrhée/constipation) ?
Précisez :
Maladie du foie (hépatite, stéatose, kyste, cirrhose, ...) ?
Précisez :
Autres problèmes digestifs ? Précisez :

Sinusite aiguë ?
Rhinopharyngite, rhinite (non allergique), rhume ?
Rhinite allergique, rhume des foins ?
Angine ?
Otite aiguë ?
Problème d'audition (surdité totale ou partielle, unie ou bilatérale)
Précisez :
Autres problèmes ORL ? Précisez :

Bronchite chronique ?
Asthme ?
Autres problèmes pulmonaires ? Précisez :

Cancer ?
Précisez la (les) localisation(s) :
Hypertension artérielle ?
Angine de poitrine ?
Infarctus du myocarde ?
Troubles du rythme, palpitations ?
Insuffisance cardiaque ?
Accident vasculaire cérébral (attaque) ?
Artérite des membres inférieurs ?
Varices, ulcère variqueux ?
Hémorroïdes ?

Autres problèmes cardio-vasculaires ? Précisez :

Savez-vous qu'en cas de troubles graves de la circulation veineuse, le soin en réflexologie plantaire ne peut vous être administré ?

Souffrez-vous d'une fracture quelconque ?

Savez-vous qu'en cas de fracture d'un ou des membres inférieurs, le soin en réflexologie plantaire ne peut vous être administré ?

12 – Pouvez-vous noter entre 0 et 10, votre état de santé ?

(0 = en très mauvaise santé / 10 = en excellente santé)

Soin à appliquer 1^{ère} séance (à remplir par le praticien):

L'installation / Le massage relaxant – à appliquer dans tous les cas

Surligner les zones et points réflexes concernés par la séance

<i>Les amygdales.....</i>	<i>L'œsophage et le larynx.....</i>
<i>La ceinture pelvienne et les membres inférieurs</i>	<i>Les oreilles.....</i>
<i>La ceinture scapulaire et les membres supérieurs.....</i>	<i>Le pancréas</i>
<i>La circulation sanguine</i>	<i>La peau et les muscles.....</i>
<i>Le cœur</i>	<i>Le pharynx.....</i>
<i>La colonne vertébrale ou rachis.....</i>	<i>Le plexus carotidien</i>
<i>Le diaphragme</i>	<i>Le plexus cervical et brachial</i>
<i>L'encéphale</i>	<i>Le plexus lombaire</i>
<i>L'estomac.....</i>	<i>Le plexus sacré</i>
<i>Le foie et la vésicule biliaire</i>	<i>Le plexus solaire</i>
<i>Le front et les tempes</i>	<i>Les poumons</i>
<i>La glande pinéale.....</i>	<i>La prostate et l'utérus.....</i>
<i>Les glandes surrénales.....</i>	<i>La rate</i>
<i>Les gonades et les organes génitaux</i>	<i>Les seins</i>
<i>L'intestin grêle</i>	<i>Les sinus et les dents.....</i>
<i>Le gros intestin.....</i>	<i>Le système lymphatique</i>
<i>L'hypophyse et l'hypothalamus</i>	<i>Le système nerveux autonome (SNA)</i>
<i>La langue et les glandes salivaires.....</i>	<i>Le système urinaire</i>
<i>La libido et son point satellite.....</i>	<i>La tête</i>
<i>Les muscles du cou.....</i>	<i>Le thymus.....</i>
<i>Le nerf sciatique.....</i>	<i>La thyroïde et les parathyroïdes</i>
<i>Le nez et l'odorat</i>	<i>Les yeux.....</i>