



MASSAGE PRÉNATAL

QUESTIONNAIRE

Nom et prénom _____
Âge _____
Téléphone _____
Email _____

INFORMATIONS SUR LA GROSSESSE

Mois de grossesse

☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ 7 ☐ 8 ☐ 9

Date prévue de l'accouchement

Votre grossesse est-elle :

☐ Sans complication ☐ À risque (précisez) _____

Nombre d'enfants

Première grossesse ?

☐ Oui ☐ Non

Si non, combien de grossesses précédentes ? _____

Êtes-vous suivie par :

☐ Sage-femme ☐ Gynécologue ☐ Autre _____

ÉTAT DE SANTÉ

Avez-vous ou avez-vous eu l'un des troubles suivants ?

☐ Hypertension ☐ Diabète gestationnel

☐ Prééclampsie ☐ Phlébite / thrombose

☐ Saignements récents

☐ Contractions prématurées

☐ Autre (précisez) _____

Avez-vous des douleurs ou inconforts actuellement ?

Prenez-vous actuellement un traitement médical ?

☐ Non ☐ Oui (précisez) _____

ÉTAT PHYSIQUE ET ÉMOTIONNEL

En ce moment, comment vous sentez-vous physiquement ?

☐ En forme ☐ Plutôt fatiguée

☐ Très fatiguée / épuisée

Et moralement / émotionnellement, comment vous sentez-vous actuellement ?

☐ Bien / sereine ☐ Un peu stressée ou sensible

☐ Fatiguée émotionnellement ☐ Anxieuse

☐ Autre (précisez) _____

MASSAGE

Avez-vous déjà reçu un massage prénatal ?

☐ Oui ☐ Non

Préférez-vous une pression

☐ Douce ☐ Modérée

Zones à privilégier

☐ Dos ☐ Bassin / hanches ☐ Jambes lourdes

☐ Sciatique ☐ Autres _____

Zones à éviter

INFORMATIONS COMPLÉMENTAIRES

Avez-vous des informations importantes à me communiquer pour le bon déroulement du massage ?

CONSENTEMENT

Je soussignée _____ déclare que les informations fournies sont exactes. Je confirme ne présenter aucune contre-indication au massage prénatal et avoir informé la praticienne de tout changement concernant mon état de santé. Je comprends que le massage prénatal est un soin de bien-être, non médical, et ne remplace en aucun cas un suivi médical.

☐ J'autorise la praticienne à réaliser le massage prénatal.

Date

Signature