

Questionnaire : Bilan de santé

Date de naissance :

Poids :

Taille :

Souffrez-vous de:

Spécifiez :

Hypertension artérielle? oui non _____

Diabète? oui non _____

Problèmes de thyroïde? oui non _____

Problèmes cardiaques? oui non _____

Pacemaker? oui non _____

Arthrite? oui non _____

Problèmes respiratoires? oui non _____

Problèmes digestifs? oui non _____

Problèmes gynécologiques? oui non _____

Cancer? oui non _____

Problèmes neurologiques? oui non _____

Problèmes lombaires? oui non _____

Problèmes dégénératifs? oui non _____

Problèmes musculaires et/ou squelettiques (fracture, entorse, tendinite...)?
oui non _____

Étourdissements/vertiges? oui non

Ostéoporose? oui non

Êtes-vous ménopausée? oui non

Etes-vous enceinte ? oui non

Avez-vous des allergies? oui non _____

Avez-vous déjà eu une chirurgie? oui non

Si oui, lesquelles _____

Prenez-vous des médicaments? oui non

Si oui, lesquels? _____

Formulaire de consentement

L'évaluation et le traitement en rééducation périnéale et pelvienne exige habituellement un examen par toucher vaginal interne et parfois un examen par toucher rectal.

Je comprends que je peux à tout moment refuser une technique d'évaluation ou de traitement.

Je consens à l'évaluation et au traitement en rééducation périnéale et pelvienne avec Claudine Martin physiothérapeute.

Signature de la cliente:

Date: _____