

Formulaire d'accueil – Immersion guidée

Ce questionnaire me permet de mieux comprendre votre situation actuelle, votre mode de vie et les facteurs pouvant influencer votre état de santé, afin de préparer au mieux notre échange, et de permettre des soins corporels adaptés lors de votre séance. Les informations recueillies sont strictement confidentielles et conservées de manière sécurisée. Aucune information ne sera partagée sans consentement, sauf obligation légale. **Merci de remplir ce formulaire avec attention et de me le renvoyer par mail, au plus tard la veille de votre rendez-vous.**

1. Informations personnelles

Prénom, Nom :	
Date de naissance :	
Pronom de préférence (facultatif) :	

Numéro de téléphone :	
Adresse e-mail :	
Nom et téléphone de la personne à contacter en cas d'urgence :	

2. Motif de la séance

Qu'est-ce qui vous a donné envie de réserver cette immersion guidée ? Qu'attendez-vous principalement de cette expérience (physiquement, mentalement, émotionnellement) ?

--

3. Orientation globale

Ces derniers temps, vous vous reconnaissez plutôt dans :

(cochez ce qui vous parle, sans trop réfléchir)

- ☐ Fatigue mentale / dispersion
- ☐ Difficulté à ralentir ou à se poser
- ☐ Sensation de sécheresse (peau, bouche, transit...)
- ☐ Lourdeur, inertie, congestion
- ☐ Tensions physiques ou nerveuses
- ☐ Sensibilité émotionnelle accrue / réactions émotionnelles fortes
- ☐ Besoin de structure ou de clarté
- ☐ Rien de tout cela

Votre niveau d'énergie général ces derniers temps :

- ☐ Stable et suffisant
- ☐ Variable
- ☐ Fatigue fréquente
- ☐ Épuisement

4. Antécédents de santé & sécurité médicale

Êtes-vous actuellement suivi(e) par un professionnel de santé ? ☐ Oui ☐ Non

Prenez-vous des médicaments (y compris anticoagulants, antalgiques, corticoïdes) ? ☐ Oui ☐ Non

Si oui, précisez lesquels :

Avez-vous des allergies ou sensibilités (huiles, plantes, etc.) ? ☐ Oui ☐ Non

Si oui, précisez lesquelles : _____

Avez-vous déjà eu des malaises, vertiges ou réactions indésirables lors de soins corporels ? ☐ Oui ☐ Non

Conditions actuelles (cochez tout ce qui s'applique) :

- ☐ Grossesse ou projet de grossesse
- ☐ Menstruation le jour de la thérapie
- ☐ Chirurgie ou blessure récente (moins de 3 mois). Préciser : _____
- ☐ Infection, fièvre ou inflammation aiguë
- ☐ Problème de peau (éruption, infection, plaie, mycose)
- ☐ Œdèmes (gonflements inhabituels)
- ☐ Varices (veines apparentes ou sensibles)
- ☐ Fatigue persistante, ou lourdeur digestive/moins d'appétit que d'habitude
- ☐ Malaises/douleurs, ou migraines inhabituelles
- ☐ Étourdissement, difficulté de concentration ou manque de clarté mentale
- ☐ Sensations corporelles inhabituelles (haleine, transpiration, éliminations)
- ☐ *Aucun de ces éléments*

À signaler également (même si non récent) :

- ☐ Trouble neurologique (ex. : épilepsie, sclérose en plaques). Préciser : _____
- ☐ Condition cardiovasculaire (ex. : hypertension, hypotension, troubles cardiaques, glaucome).
Préciser : _____
- ☐ Condition de santé mentale (partage facultatif) : _____
- ☐ Arthrose/Arthrite/articulations atteintes de rhumatisme

Avez-vous d'autres informations importantes à signaler sur votre condition de santé actuelle ?



5. Consentement, toucher & sécurité de la séance

Pression préférée (indicatif) : ☐ Douce ☐ Moyenne ☐ Appuyée ☐ Variable ☐ Je préfère ne pas répondre

Pendant la séance, je préfère (plusieurs réponses possibles) :
Vous pouvez changer d'avis à tout moment pendant la séance.

- ☐ Des vérifications verbales régulières
- ☐ Peu ou pas d'échanges verbaux
- ☐ Pouvoir demander des pauses ou ajustements si besoin
- ☐ Je préfère ne pas répondre

6. Déclaration finale – Santé, consentement & cadre de la séance

*Je confirme avoir informé le/la praticien(ne) de **toute condition médicale ou changement récent de mon état de santé**, et avoir pris connaissance des contre-indications indiquées sur le site.*

*Je comprends que le soin corporel sera choisi et adapté en fonction de mon état, et qu'il et **pourra être modifié ou reporté si cela est jugé plus approprié**.*

*Je comprends que **cette séance est une expérience de découverte et d'orientation**, et qu'elle ne remplace pas une évaluation ayurvédique complète.*

*Je comprends que **je peux retirer ou modifier mon consentement à tout moment** durant la séance, et que mon confort, ma sécurité et mes limites sont prioritaires.*

*Je confirme que les informations fournies dans ce formulaire sont exactes à ma connaissance et **je consens librement à recevoir les soins corporels** tels que décrits.*

Date : _____

Signature du/de la client(e) : _____



Réservé à la praticienne

Hypothèse de travail avant la séance

Observations générales lors de la séance

Type de soin : _____

Intention, toucher et rythme : _____

Dosha visé : _____

Dhatu visé : _____

Koshta visé : _____

Éléments à vérifier (non explicitement listés dans le questionnaire) :

Abhyanga

- Affections cutanées étendues inflammatoires
- Raideur importante des articulations

Shiropichu

- Hypotension marquée
- Hypersensibilité du cuir chevelu / allodynie
- État de surcharge sensorielle importante

Nadi Swedana, Valuka Sweda, Udwartana

- Déshydratation (très important)
- Varices importantes sur la zone traitée
- Inflammation articulaire aiguë
- Neuropathies ou perte de sensibilité locale
- Peau sèche, fragile ou réactive
- Hypersensibilité nerveuse / sensorielle (udv)
- Ama élevé avec faiblesse digestive marquée (udv)

Nasya

- Rhume / grippe / infection ORL même légère
- Juste après une sudation ou un bain chaud
- Glaucome
- Terrain sensible (anxiété aiguë, réactions vagues)

Karna Purana

- Douleur auriculaire aiguë, Écoulement de l'oreille
- Otite récente ou en cours, Chirurgie ORL récente
- Hypersensibilité auditive importante / acouphènes instables

