

Travail corporel – sécurité et consentement

Ce formulaire a pour objectif d'assurer votre sécurité, de favoriser une communication claire et de permettre un accompagnement adapté lors de votre séance. Les informations recueillies sont strictement confidentielles et conservées de manière sécurisée. **Merci de remplir ce formulaire avec attention et de me le renvoyer par mail, au plus tard la veille de votre rendez-vous.**

Avant de commencer

Quel service avez-vous réservé ?

Massage (Pieds ou tête / Corps entier) -> merci de compléter toutes les sections de ce formulaire, sauf la section 6

Soin personnalisé (réservé aux personnes déjà suivies)

Si vous avez réservé un soin personnalisé, avez-vous reçu des soins ou une consultation chez ReViva, au cours des 3 derniers mois ?

Oui Non -> merci de compléter toutes les sections du formulaire

Si oui, y-a-t-il eu des changements significatifs concernant vos coordonnées, état de santé, état émotionnel, ou besoins depuis ce dernier RDV ?

Je confirme qu'il n'y a aucun changement significatif concernant mes coordonnées, mon état de santé, mon état émotionnel ou mes besoins depuis la dernière séance. → Merci de compléter uniquement la section 7, et de me renvoyer le formulaire signé.

Il y a eu des changements → Merci de compléter les sections 6 et 7, et de me renvoyer le formulaire signé.

1. Informations personnelles (*uniquement pour les nouveaux clients*)

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

Raison principale de votre réservation ? (réponse courte)

--

3. Antécédents de santé & sécurité médicale

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
- Chirurgie ou blessure récente (moins de 3 mois)
- Problème de peau (éruption, infection, plaie, mycose)
- Œdèmes (gonflements inhabituels)
- Douleurs aiguës ou inflammation importante
- Raideur importante au niveau des articulations
- Thrombose, thrombophlébite, troubles circulatoires aigus importants
- Congestion importante des sinus
- Étourdissement, difficulté de concentration ou manque de clarté mentale, fatigue extrême
- Aucun de ces éléments*

4. État émotionnel actuel

Avez-vous traversé récemment un événement ou une période émotionnellement intense (deuil, stress important, changement de vie) qui pourrait influencer votre séance ? Oui Non Je préfère ne pas répondre

Ces derniers temps, comment décririez-vous votre état émotionnel général ?

- Plutôt stable et calme
- Variable ou changeant
- Intense (irritabilité, agitation, colère, nervosité)
- Fatigue émotionnelle ou sentiment de surcharge
- Je préfère ne pas répondre*

5. Consentement, toucher & sécurité de la séance

Pression généralement agréable pour vous :

- Douce Moyenne Appuyée Variable *Je préfère ne pas répondre*



Communication pendant la séance. Ce qui vous met le plus à l'aise :

- Un cadre clair dès le départ
- Des vérifications verbales ponctuelles (ex. pression, confort, rythme) pendant la séance
- Peu d'explications ou vérifications, sauf si j'en fais la demande
- Je ne sais pas encore*

Ajustements & régulation. Pendant la séance, il est possible que :

- J'aie besoin de pauses ou d'ajustements en cours de séance
- Des sensations ou émotions émergent, sans que j'aie besoin de les commenter
- Je préfère simplement me laisser porter par la séance
- Je ne sais pas encore*

6. Changements depuis la dernière séance

Indiquez ici tout changement significatif concernant vos coordonnées, état de santé, état émotionnel, ou besoins :

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

*Je comprends que **les services proposés sont des pratiques de travail corporel ayurvédique, et qu'ils ne se substituent en aucun cas à un suivi, un diagnostic ou un traitement médical.***

*Je confirme avoir pris connaissance des contre-indications indiquées sur le site, et **je m'engage à contacter la praticienne en cas de changement soudain de mon état de santé**, afin d'adapter ou reporter la séance.*

Je comprends l'importance de l'hydratation, du repos, et de l'observation des réactions après la séance, et je m'engage à contacter le/la praticien(ne) en cas de réaction inhabituelle.

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

Observations générales lors de la séance

Type de soin préconisé : _____

Intention, toucher et rythme : _____

Dosha visé : _____

Dhatu visé : _____

Koshta visé : _____

