

# FORMULAIRE POUR JEUNE MAMAN

## MODELAGE POSTNATAL



En répondant à ce questionnaire, vous vous engagez à donner les informations réelles et sérieuses sur votre état de santé durant la grossesse.

Je peux également vous conseiller de vous assurer auprès de votre gynécologue ou de votre sage-femme que vous n'avez pas de contres indications éventuelles à la pratique du massage postnatal.

Avez-vous les symptômes suivants :

- Maux de tête graves et soudains
- Diabète
- Thromboses (artérielle ou veineuse)
- Varices
- Hypertension gravidique
- Gonflements excessifs
- Fièvre, Etat maladif
- Diarrhée
- Eruption cutanée (ecchymoses, inflammation, Eczéma, ...)
- Allergies. Précisez : .....
- Autres : .....

Accouchement :  Voie Basse

Césarienne

Si Césarienne, est-elle douloureuse ?

Oui

Non

Date de l'Accouchement .....

Nom.....

Prénom.....

Adresse Postale .....

Adresse Mail .....

Téléphone .....

Date de Naissance .....

FAIT A .....

LE .....

SIGNATURE :