**Questionnaire préparatoire à un drainage lymphatique manuel.**

Il existe des contre-indications relatives et absolues au drainage lymphatique manuel. Pour nous assurer que vous n'êtes pas concerné(e), merci de compléter ce bref questionnaire en vue de notre futur rendez-vous.

En cas de doute de notre part, l'accord de votre médecin traitant sera requis.

Une fois complété et signé, merci de renvoyer ce document par e-mail à l’adresse info@santezvousbien.be.

Dès réception, je prends contact pour convenir d’un rendez-vous.

*Nom :*

*Prénom :*

*Adresse postale :*

*Adresse mail :*

*Numéro de téléphone :*

*Taille et poids :*

**Connaissez-vous le drainage lymphatique manuel ?**

**Quels sont vos antécédents personnels ?**

**Prenez-vous des médicaments ?** *Si oui, merci d’indiquer ceux que vous prenez (y compris contraceptif, aspirine, …)*

**Êtes-vous enceinte depuis moins de 3 moins ?**

**Êtes-vous enceinte depuis plus de 3 moins ?** *Merci de préciser le stade de votre grossesse.*

**Êtes-vous atteint d’un cancer ?**

**Avez-vous été atteint d’un cancer ?** *Si vous êtes en rémission, depuis combien de temps ? De quel cancer s’agissait-il ?*

**Avez-vous subi une greffe d’organe ?**

**Souffrez-vous d’une thrombose aigue ?**

**Avez-vous eu une thrombose, soignée depuis ?**

**Souffrez-vous d’une infection aigue ?**

**Avez-vous de la fièvre ?**

**Souffrez-vous d’une maladie chronique inflammatoire ?**

**Souffrez-vous de décompensation cardiaque ?**

**Souffrez-vous d’asthme ?**

**Souffrez-vous d’hypotonie ?**

**Souffrez-vous de problèmes thyroïdiens ?**

Date : Signature :