INSTITUT DE LA LYMPHE ARCACHON

121 C, rue Aimé Broustaut, 33470 Gujan-Mestras

0650770963

QUESTIONNAIRE MÉDICAL

Nom / Prénom :

Date de naissance :

Adresse :

Téléphone :

Email :

Personne à contacter en cas d'urgence :

- Nom :
- Téléphone :

Je reconnais que les prestations proposées ne constituent **en aucun cas un acte médical**, un diagnostic, un traitement ou une prescription médicale.

Je comprends que ces prestations ne se substituent pas à un suivi médical, et qu'en cas de pathologie, de symptômes persistants ou de doute, il m'appartient de consulter un professionnel de santé habilité.

☐ J'ai lu et compris

ANTÉCÉDENTS MÉDICAUX (CONTRE-INDICATIONS)

A. Pathologies connues

☐ Non

☐ Oui → préciser :

- Maladie cardiovasculaire
- Hypertension artérielle
- Thrombose / phlébite / embolie pulmonaire
- Cancer (actuel ou ancien)
- Maladie inflammatoire chronique
- Maladie auto-immune
- Insuffisance rénale
- Insuffisance hépatique
- Troubles de la coagulation
- Autre (préciser) :

B. Chirurgies / interventions récentes (moins de 6 mois)

☐ Non

☐ Oui → préciser date et nature :

C. Grossesse / post-partum

☐ Non

☐ Oui

☐ Post-partum (moins de 6 mois)

D. Traitements médicaux en cours

☐ Non

☐ Oui → préciser :

- Anticoagulants

- Corticoïdes
- Traitement hormonal
- Chimiothérapie / immunothérapie
- Autres :

ÉTAT ACTUEL

Cochez ce qui s'applique actuellement :

☐ Fièvre
☐ Infection en cours
☐ Douleurs inexpliquées
☐ Œdème brutal ou asymétrique
☐ Plaies ouvertes / lésions cutanées
☐ Ganglions douloureux ou augmentés de volume
☐ Fatigue extrême inexpliquée
☐ Autre symptôme ou pathologie récente :

AVERTISSEMENT – CADRE DE LA PRESTATION

Les prestations de drainage lymphatique proposées par l'Institut de la Lymphe Arcachon sont exclusivement à visée de **bien-être, mieux-être, esthétique et détente**.

Elles ne constituent **en aucun cas** un acte médical, un diagnostic, une rééducation, un traitement thérapeutique ou un suivi de santé, et **ne se substituent pas à une prise en charge médicale**.

Karine Gautier est **Docteure Universitaire en Physiologie et Génétique moléculaire, experte en drainage lymphatique manuel Original Vodder.** Elle n'est pas médecin**.**

CONTRE-INDICATIONS

Les prestations sont **contre-indiquées et interdites** en cas de :
antécédents de cancer (y compris cancer du sein), lymphœdème, phlébite, thrombose, insuffisance cardiaque, infection aiguë, grossesse à risque ou toute pathologie grave non stabilisée.

DÉCLARATION DU CLIENT

Je certifie avoir pris connaissance des contre-indications mentionnées ci-dessus et déclare **ne présenter aucune contre-indication** à la réalisation de la prestation.

En cas de doute, je m'engage à consulter un professionnel de santé habilité avant toute séance.

☐ J'ai lu et compris
☐ J'atteste sur l'honneur l'exactitude des informations fournies

---

RESPONSABILITÉ

L'Institut de la Lymphe Arcachon décline toute responsabilité en cas de **déclaration inexacte**, de **non-respect des contre-indications** ou d'aggravation d'une condition médicale préexistante non signalée.

DÉCLARATION SUR L'HONNEUR

Je certifie que les informations fournies sont exactes et complètes à ma connaissance.

Je m'engage à signaler tout changement de mon état de santé avant toute séance.

☐ Oui

CONSENTEMENT ÉCLAIRÉ

J'accepte librement de bénéficier de la prestation proposée après avoir reçu et compris les informations nécessaires.

J'ai compris la nature de la prestation, ses objectifs, ses limites, et l'absence de garantie de résultat.

☐ J'accepte la réalisation de la séance en toute connaissance de cause.

Lieu et date :
Signature :