



Questionnaire santé. ****Sauna infrarouge – Santé & sécurité****

Formulaire soumis à la confidentialité et à la sécurité de votre soin.

****Nom :** _____

****Date de naissance :** _____

****Téléphone:** _____

****Date de la séance :** _____



Informations médicales (cochez si oui)

- ☐ Grossesse
- ☐ Hypertension ou hypotension
- ☐ Troubles cardiovasculaires
- ☐ Troubles du rythme cardiaque
- ☐ Antécédent de thrombose / phlébite
- ☐ Diabète
- ☐ Troubles neurologiques (épilepsie)
- ☐ Insuffisance rénale
- ☐ Troubles de la thermorégulation
- ☐ Cancer en cours ou traitement oncologique
- ☐ Infection ou fièvre récente
- ☐ Autre condition à signaler : _____



Traitements / suivi médical

****Suivez-vous un traitement actuellement ?****

☐ Oui ☐ Non

Si oui, précisez : _____

****Êtes-vous suivi par un professionnel de santé ?****

☐ Oui ☐ No



Tolérance à la chaleur

Avez-vous déjà eu des sensations de malaise liées à la chaleur (sauna, hammam, bains chauds) ?

☐ Oui ☐ Non



Hydratation & état du moment

Avez-vous bien bu aujourd'hui ? ☐ Oui ☐ Non

Ressentez-vous une fatigue importante ? ☐ Oui ☐ Non



Engagement & consentement

Je certifie que les informations ci-dessus sont exactes.

Je comprends que le sauna infrarouge est un soin de bien-être complémentaire et ne se substitue pas à un avis médical.

Date : _____

Signature :

Avant toute séance, merci de remplir le questionnaire santé disponible ici