

# Belly Revolution

Prénom \_\_\_\_\_

Nom \_\_\_\_\_

Date \_\_\_\_\_

## Contre-indications

- |  |                              |                              |
|--|------------------------------|------------------------------|
| Fièvre.....  | Non <input type="checkbox"/> | Oui <input type="checkbox"/> |
| Antibiotiques, attendre 1 semaine minimum                    | Non <input type="checkbox"/> | Oui <input type="checkbox"/> |
| Suspicion de calculs biliaires ou calcul biliaire avéré..... | Non <input type="checkbox"/> | Oui <input type="checkbox"/> |
| Enceinte.....  | Non <input type="checkbox"/> | Oui <input type="checkbox"/> |
| Procédure PMA ou FIV en cours.....                           | Non <input type="checkbox"/> | Oui <input type="checkbox"/> |
| Maladie de Crohn /Rectocolite hémorragique.....              | Non <input type="checkbox"/> | Oui <input type="checkbox"/> |
| Mineurs, pas avant 18 ans : organes non finis.....           | Non <input type="checkbox"/> | Oui <input type="checkbox"/> |
| Personne greffée.....  | Non <input type="checkbox"/> | Oui <input type="checkbox"/> |

## A demander

- |   |                              |                              |
|---|------------------------------|------------------------------|
| Post partum : attendre rééducation périnée effectuée.....   | Non <input type="checkbox"/> | Oui <input type="checkbox"/> |
| Si réglée, faire le massage hors des règles si possible.... | Non <input type="checkbox"/> | Oui <input type="checkbox"/> |
| Vaccin, attendre 1 semaine avant le massage.....            | Non <input type="checkbox"/> | Oui <input type="checkbox"/> |
| Si sous anti-coagulant. Traitement depuis longtemps OK      | Non <input type="checkbox"/> | Oui <input type="checkbox"/> |

## Au cas par cas

- |  |                              |                              |
|--|------------------------------|------------------------------|
| Hernie inguinale, ombilicale, hiatale.....   | Non <input type="checkbox"/> | Oui <input type="checkbox"/> |
| Si pas de douleur OK   |                              |                              |
| Diastasis.....   | Non <input type="checkbox"/> | Oui <input type="checkbox"/> |
| Un diastasis correspond à un étirement important des muscles de l'abdomen. Souvent constaté chez la femme en fin de grossesse et après l'accouchement, une séparation du muscle droit de l'abdomen |                              |                              |
| Chirurgie bariatrique, demander un avis médical.....   | Non <input type="checkbox"/> | Oui <input type="checkbox"/> |
| Si intervention chirurgie importante sur la zone.....  | Non <input type="checkbox"/> | Oui <input type="checkbox"/> |
| du ventre, demander un avis médical  |                              |                              |