

KARTA PACJENTA

.....
Nr Pacjenta

DANE PERSONALNE

Imię i Nazwisko: data urodzenia.....

Wykonywany zawód: tel. kontaktowy

DANE MEDYCZNE

Główna dolegliwość.....

Czas trwania dolegliwości: NRS (0-10).....

Kiedy dolegliwości się nasilają:.....

Kiedy dolegliwości się zmniejszają:.....

Jak dotychczas przebiegało leczenie:.....

Przyjmowane leki:

CHOROBY WSPÓLISTNIEJACE:

- | | | |
|---------------------------------------|--|---|
| <input type="checkbox"/> cukrzyca | <input type="checkbox"/> ch. kardiologiczne | <input type="checkbox"/> ch. zwyrodnieniowa |
| <input type="checkbox"/> nadciśnienie | <input type="checkbox"/> ch. pulmonologiczne | <input type="checkbox"/> ch. reumatyczne |
| <input type="checkbox"/> żylaki | <input type="checkbox"/> ch. neurologiczne | <input type="checkbox"/> przebyte operacje |
| <input type="checkbox"/> osteoporoza | <input type="checkbox"/> zawał serca | <input type="checkbox"/> endoprotezy |
| <input type="checkbox"/> nowotwór | <input type="checkbox"/> udar mózgu | <input type="checkbox"/> złamania |
| <input type="checkbox"/> inne | | |

Przeprowadzone testy funkcjonalne:

DANE O MASAŻU

Czy pacjent był kiedykolwiek masowany: tak / nie

Jaki rodzaj masażu: relaksacyjny leczniczy inny

Jak często:

Czy masaż przyniósł pożądany efekt: tak nie

Czy pacjent jest uczulony na jakiegokolwiek środki chemiczne: tak nie

Czy są jakieś miejsca, co do których pacjent nie wyraża zgody na masaż (np.: stopy, twarz, dekol, pośladki)
 tak nie

Jakie:

Oświadczenie pacjenta: Oświadczam, że informacji o swoim stanie zdrowia udzieliłem* / udzieliłam* zgodnie z prawdą i nie posiadam wiedzy o żadnych dodatkowych dolegliwościach. O każdej zmianie stanu zdrowia i nowych dolegliwościach, zobowiązuję się poinformować masażystę przed kolejnym masażem.

.....
data i podpis pacjenta

KARTA ZABIEGÓW

LP.	RODZAJ ZBIEGU	OKOLICA	DATA WYKONANIA	PODPIS WYKONUJĄCEGO
1.				
2.				
3.				
4.				
5.				
6.				
7.				
8.				
9.				
10.				

UWAGI O STANIE ZDROWIA

.....
.....
.....
.....

ZALECENIA DLA PACJENTA

.....
.....
.....
.....
.....

PRZECIWSKAZANIA MASAŻ

W większości przypadków masaż jest zabiegiem bezpiecznym. Osoby, których dotyczy jedna z wymienionych niżej sytuacji, nie powinny poddawać się masażowi.

- Spożywanie alkoholu przed masażem jest niewskazane.
- Powinno się najpóźniej na półtorej godziny przed masażem spożyć posiłek.
- Przeciwwskazania do masażu klasycznego, relaksacyjnego:
- wszystkie stany chorobowe przebiegające z wysoką temperaturą ciała (powyżej 38° C), ostre i podostre
- stany zapalne,
- przerwanie ciągłości skóry, wczesny okres po złamaniach, skręceniach i zwichnięciach, (W takich przypadkach można masować poszczególne zdrowe stawy)
- wszelkiego rodzaju zmiany dermatologiczne,
- blizny, stłuczenia, stany zapalne skóry, żylaki (W takich przypadkach można masować tylko zdrowe części ciała)
- alergie na stosowane do masażu kosmetyki,
- krwotoki lub tendencje do ich wystąpienia,
- niewyrównane wady serca, tętniaki, świeże zakrzepy, świeży zawał serca,
- - nowotwory złośliwe i niezłośliwe,
- pourazowe wylewy w stawach i mięśniach (do 3 dni od urazu)
- zapalenia żył
- zapalenie szpiku kostnego z przetokami,
- jamistość rdzenia,
- okres pierwszego trymestru i ostatniego miesiąca ciąży,
- okres ciąży z powikłaniami,
- wszystkie przypadki wymagające interwencji chirurgicznej,
- osoby po zabiegach operacyjnych.
- (Masaż można wykonać 12 miesięcy po zabiegu jeśli był poważny i 6 miesięcy po mniejszym, jeżeli blizny są
- dobrze zagojone)
- choroba wrzodowa z krwawieniami,
- kamica wątrobowa i nerkowa.

SZCZEGÓŁOWE PRZECIWSKAZANIA DO MASAŻU

UKŁAD ODDECHOWY

- Gruźlica
- Stany zapalne ostre (zapalenie płuc, oskrzeli)
- Choroby zakaźne
- Zmiany nowotworowe
- Dychawica oskrzelowa w czasie napadów

UKŁAD POKARMOWY

- Pęknięcie wrzodu żołądka i wrzodu dwunastnicy
- Zapalenie trzustki
- Wirusowe zapalenie wątroby
- Zapalenie pęcherzyka żółciowego
- Stany zapalne dróg żółciowych
- Zapalenie wyrostka robaczkowego
- Zapalenie otrzewnej
- Schorzenia o podłożu pasożytniczym

- Zmiany nowotworowe
- Zmiany grożące przerwaniem ciągłości jelit

UKŁAD KRAŻENIA

- Stan po przebytych zawale serca (2tyg)
- Zaawansowana miażdżyc naczyń wieńcowych
- Świeże stany zapalne zastawek i serca
- Niewyrównane wady serca
- Dusznica bolesna w czasie napadu
- Nadciśnienie
- Choroby naczyń obwodowych
- Skaza naczyniowa
- Zaawansowana miażdżyc naczyń Obwodowych
- Żylaki ze zmianami skórnym
- Żylaki miejscu występowania
- Zakrzepowe zapalenie żył (6 miesięcy po stanie zapalnym)
- Choroba Birgera III°IV°
- Choroba Reunalda III°IV°

PRZECIWSKAZANIA BAŃKI

- Rozległe zmiany zapalne skóry (alergiczne, ropne lub grzybicze).
- Wzmoczona kruchość naczyń krwionośnych.
- Skazy krwotoczne (zespoły złej krzepliwości krwi np. hemofilia).
- Dusznosc (np. stan astmatyczny, niewydolność oddechowa i/lub krążeniowa).
- Choroby autoimmunologiczne (tzw. choroby z autoagresji).
- Stwardnienie rozsiane w okresie nowego rzutu.
- Anemia i stany ogólnego wyniszczenia.
- Wysoka gorączka (powyżej 38,5°C).
- Nieustabilizowane nadciśnienie tętnicze ze skokami ciśnienia skurczowego > 200 mmHg.
- Kobiety ciężarnym nie wolno stawiać baniek do 4-go miesiąca ciąży ze względu na ryzyko poronienia. Od 5-go miesiąca ciąży nie stawiamy baniek na podbrzusze oraz okolice lędźwiową oraz gdy ciąża jest zagrożona. W ciąży nie należy stosować dużego podciśnienia.
- W przypadku wylewów podskórnych i obrzęków spowodowanych stłuczeniem lub skręceniem nie powinno się stawiać baniek przed upływem 24 godzin od urazu.
- Czynna choroba nowotworowa.
- Gruźlica.
- Drgawki.
- Stan po spożyciu alkoholu.
- Baniek nie należy stawiać bezpośrednio po posiłku.