

## KARTA PACJENTA

### DANE PERSONALNE

.....  
Nr Pacjenta

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 WSPÓLISTNIEJĄCE:

- |                                       |  |   |
|---------------------------------------|--|---|
| <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, dekolt, 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.

**KARTA ZABIEGÓW**

<b>LP.</b>	<b>RODZAJ ZBIEGU</b>	<b>OKOLICA</b>	<b>DATA WYKONANIA</b>	<b>PODPIS WYKONUJĄCEGO</b>
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 przebytym 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

### **PRZECIWWSKAZANIA 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.
- Kobietom 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.

### **AK PRZYGOTOWAĆ SIĘ DO MASAŻU?**

- Zjedz ostatni posiłek w odstępie nie krótszym niż 1 godzinę przed zabiegiem,
- Jeśli masz silny dyskomfort trawienny, które mogą nasilić się po posiłkach, skorzystaj z zabiegu na czczo.
- Przyjdź 5 - 10 minut wcześniej, by mieć czas, aby się przygotować.
- Załóż lekki strój i luźną koszulkę.
- Opróżnij pęcherz przed zabiegiem.
- Zabierz ze sobą ręcznik.

## ZGODA NA UDZIELENIE MASAŻU

Zaznacz okienka (tzw. Checkboxy), zgodnie z prawdą:

- Oświadczam, że zrozumiałem/am w/w pytania, udzielone odpowiedzi są zgodne ze stanem faktycznym.

I Proszę wymienić choroby oraz problemy zdrowotne, które obecnie występują:.....

.....  
.....

Pomimo

występowania wymienionych przeze mnie w pkt. I chorób o potwierdzam chęć skorzystania z usługi masażu na własną odpowiedzialność.

- Wyrażam zgodę na wykonanie przez Marcina Zobawa zabiegu Masażu.
- Oświadczam, że zapoznałem/am się z Regulaminem korzystania usługi masażu oferowanego przez Marcin Zobawa oraz z przeciwwskazaniami i wpływem masażu na organizm człowieka.
- Zobowiązuję się zgłosić każdą zmianę mojego stanu zdrowia wynikłą w trakcie udzielania zabiegów.

.....

(data i czytelny podpis pacjenta)