

Massoterapia

FICHA DE ANAMNESE



Nome: _____ Idade: _____

Endereço: _____

Telefone: _____ E-mail: _____

RG: _____ É WhatsApp? CPF: _____

Avaliação

É fumante? SIM NÃO

Distúrbio circulatório? SIM NÃO

É epilética? SIM NÃO

Ciclo menstrual regular? SIM NÃO

Intestino regular? SIM NÃO

Diabetes? SIM NÃO

Tipo: _____ Controlada: SIM NÃO

Está em tratamento médico? SIM NÃO

Especifique: _____

Fez cirurgia recentemente? SIM NÃO

Especifique: _____

Problemas de pele? SIM NÃO

Especifique: _____

Prótese corporal/facial? SIM NÃO

Especifique: _____

Alterações cardíacas? SIM NÃO

Distúrbio hormonal? SIM NÃO

Hipo/Hipertensão arterial? SIM NÃO

Portador de Marcapasso? SIM NÃO

Varizes ou Lesões? SIM NÃO

Gestante? SIM NÃO

Semanas: _____

Alguma alergia? SIM NÃO

Especifique: _____

Tumor ou lesão pré-cancerosa? SIM NÃO

Especifique: _____

Problemas ortopédicos? SIM NÃO

Especifique: _____

Possui inflamação aguda? SIM NÃO

Especifique: _____

Algum outro problema que seja necessário nos informar antes do procedimento? SIM NÃO

Especifique: _____

Declaro que as informações acima são verdadeiras, não cabendo ao profissional quaisquer responsabilidades por informações omitidas nessa avaliação.

Data: ____/____/____ Assinatura: _____

Modalidade da Massagem:

Terapêutica Relaxante Drenagem Linfática Desportiva Estética _____

Manobra(s) Utilizada(s):

Deslizamento superficial Deslizamento profundo Amassamento Fricção Percussão Drenagem

Objetivo principal: _____

Observações: _____

Profissional: _____ Data: ____/____/____