

Informações Pessoais

Nome Nasc. Profissão
 E-mail Celular Tel.
 Endereço Nº CEP
 Bairro Cidade UF Comp.
 Em caso de Emergência, contatar Tel.

Experiência com Massoterapia

Como nos encontrou? Já recebeu massoterapia profissional? S N
 O que você espera obter com Massoterapia?
 Qual sua tolerância à pressão? Leve Média Firme / Profunda Não sei

Histórico de Saúde

Liste tipos de medicamentos/suplementos que está tomando atualmente e explique

 Liste qualquer acidente/doença/lesão que ainda esteja lhe afetando no momento

 Liste cirurgias realizadas e explique

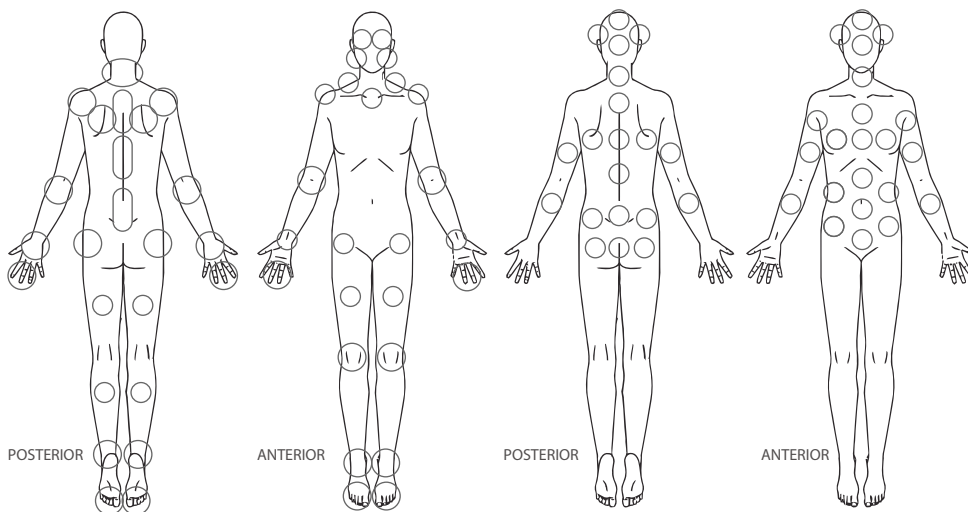
 Qual área do corpo que gostaria de mais atenção durante a massagem?
 Você se exercita com regularidade? Qual exercício e frequência?

 Você faz movimentos repetitivos em seu trabalho? Quais?
 Você fica sentando por várias horas em seu trabalho, ao computador, dirigindo ou utilizando o celular?
 Quantas horas de sono, em média? Acorda com disposição? S N às vezes Sente sono diurno? S N às vezes
 Tem mais observações sobre o sono?

 Você tem alergia a óleos/loções ou aromas/cheiros? Quais?

Indique os pontos onde
você costuma sentir dores ou
desconforto

Marque nos círculos,
observando os lados
direito e esquerdo.



Mais observações

Por favor, indique qualquer condição abaixo com: **Presente (P)**, **Passado (X)** ou **Recorrente (R)**:

Muscular/Ósseo

- Tendinite/Bursite
- Artrite/Gota
- Dor Maxilar (DTM)
- Problemas na Coluna
- Dores de Cabeça/Enxaqueca
- Osteoporose

Circulatório

- Problemas Cardíacos
- Flebite/Varizes
- Pressão Alta Baixa
- Linfodema - Edemas
- Trombose/Embolia

Respiratório

- Asma/Dificuldade de respirar
- Enfisema
- Alergias (*especifique abaixo*)
- Sinusite/Rinite
- Outros

Digestivo / Urinário

- Síndrome do Intestino Irritável
- Problemas nos Rins/Urinários
- Cistite e infecção urinária
- Colite
- Úlceras
- Prisão de ventre
- Diarréia
- Outros

Pele

- Alergias (*especifique abaixo*)
- Procedimentos cosméticos
- Herpes
- Aftas
- Pé de Atleta
- Frieiras/Verrugas
- Outras doenças de pele

Reprodutivo

- Gravidez (*especifique mês da gestação*)
- Ovário/Problemas menstruais

Emocional / Mental

- Ansiedade/Síndrome Estresse
- Depressão
- Distúrbios alimentares
- Outros

Sistema Nervoso

- Herpes Zoster
- Fibromialgia
- Dor Crônica
- Paralisia
- Esclerose Múltipla
- Parkinson
- Dor de cabeça/Enxaqueca

Outro

- COVID* ? Há quanto tempo ?**
- Zika/Chikungunya
- Câncer/Tumores
- Diabetes Tipo 1 2
- Fumante
- Álcool
- Lentes de Contato
- Dentadura/aparelhos móveis
- Aparelho auditivo

Especificações

Eventos que podem ocorrer durante uma sessão de massoterapia:

Lembranças de sonhos, necessidade de se mexer e/ou de mudar de posição, bocejos, suspiros, mudança no ritmo de sua respiração, liberação emocional, choro, adormecimento, memórias vividas, mudanças de energia, relaxamento total, sono profundo ou se sentir extremamente energizado, movimentos de gases, barulhos oriundos do estomago. Sinta-se à vontade para relaxar diante destas condições.

Por favor leia o descritivo abaixo e assine.

01. A Massagem terapêutica tem por objetivo aliviar sintomas como cansaço, ansiedade, fadiga e dores físicas, além de melhorar a saúde dos tecidos e funções orgânicas como a circulação.

02. Você entende que a Massagem Terapêutica não é um substituto ao atendimento médico. Esse procedimento não tem o objetivo de diagnosticar e tratar doenças.

03. Você está ciente de que esse é um atendimento estritamente de Massagem Terapêutica. Portanto, a sessão será interrompida e cobrada, caso seja realizada qualquer menção de conotação sexual ou desrespeito ao massoterapeuta.

04. A Massagem Terapêutica é uma pratica que não deve ser efetuada durante certas condições médicas, ao assinar este documento você confirma que respondeu todas as perguntas referentes ao seu histórico médico honestamente.

Assinatura _____

Local _____

Data _____