

Consenso per Cupping e Gua Sha

Consenso informato per trattamenti di cupping e Gua Sha con aspettative di lividi

Informazioni del Cliente

Nome *

Cognome *

Indirizzo Email *

Numero di Telefono *

Data di Nascita *

GG / MM / AAAA

Dettagli del Trattamento

Trattamento(i) Richiesto(i) *

- ☐ Cupping a Secco (stazionario) ☐ Cupping Scorrevole / Massaggio ☐ Cupping con Fuoco
☐ Gua Sha

Aree di Trattamento *

- ☐ Schiena Superiore / Spalle ☐ Schiena Inferiore ☐ Collo
☐ Gambe ☐ Braccia ☐ Viso (cupping delicato/Gua Sha)

Motivo del Trattamento *

Screening Sanitario

Sei attualmente incinta? *

- ☐ Sì ☐ No

Stai assumendo fluidificanti del sangue? *

- ☐ Sì ☐ No

Hai una delle seguenti condizioni nell'area di trattamento?

- ☐ Scottatura Solare ☐ Ferite aperte o pelle lesa
☐ Infezione cutanea attiva o eruzione ☐ Vene Varicose
☐ Nessuna delle precedenti

Hai un disturbo emorragico? *

- ☐ Sì ☐ No

Rischi e Aspettative

Importante — I Lividi Sono Attesi:

Il cupping e il Gua Sha creano intenzionalmente segni sulla pelle. Questa è una parte normale del trattamento.

Cosa Aspettarsi:

- I segni del cupping appaiono come decolorazioni circolari che vanno dal rosa chiaro al viola intenso
- I segni del Gua Sha appaiono come petecchie rosse e striate (piccoli puntini)
- I segni tipicamente durano 3-10 giorni a seconda dell'individuo e del livello di aspirazione
- I segni più scuri indicano più ristagno/tensione nell'area
- I segni NON sono lesioni — sono una risposta terapeutica

Rischi Potenziali:

- Lividi e decolorazione della pelle (atteso)
- Lieve disagio durante il trattamento
- Formazione di bolle (raro, se l'aspirazione è troppo forte)
- Capogiri
- Ustioni (raro, con cupping con fuoco)
- Peggioramento temporaneo dei sintomi

Cura Post-Trattamento:

- Mantenere le aree cupping coperte e al caldo per 24 ore
- Bere molta acqua dopo il trattamento
- Evitare l'esposizione al freddo, il nuoto e l'esercizio intenso per 24 ore
- Non applicare il cupping sulla stessa area fino a quando i segni non siano completamente sbiaditi

Capisco che il cupping e il Gua Sha lasceranno segni visibili (lividi, decolorazione) che sono una parte normale del trattamento e scompariranno in 3-10 giorni.

Capisco che il cupping/Gua Sha lascerà segni visibili: _____

Sono stato informato dei rischi e degli effetti attesi della terapia con cupping/Gua Sha.

Capisco i rischi descritti sopra: _____

Note del Trattamento

Solo per uso interno

	Data	Area	Tipo di Ventosa	Durata
Voce 1				
Voce 2				
Voce 3				
Voce 4				
Voce 5				
Voce 6				

Consenso e Firma

Consento al trattamento con cupping e/o Gua Sha come descritto. Capisco che i segni visibili sono attesi e non rappresentano una lesione. Ho divulgato tutte le mie condizioni di salute e sollevo il professionista da qualsiasi responsabilità.

Confermo di aver letto e compreso le informazioni di cui sopra e do il mio consenso informato.

Ho letto e capito le informazioni di cui sopra: _____

Firma

Data

Stampa il nome

Data *

GG / MM / AAAA

Questo modulo è stato fornito gratuitamente da Consentify

Consentify trasforma moduli come questo in consenso digitale che i tuoi clienti firmano direttamente dal loro telefono tramite codice QR — con PDF automatici, flag di controindicazioni e archiviazione crittografata. Piano gratuito disponibile su <https://getconsentify.com>.

Solo modello. Rivedi con il tuo professionista autorizzato o consulente legale prima dell'uso; i requisiti variano a seconda della giurisdizione e della pratica.