

Consimțământ Cupping & Gua Sha

Consimțământ informat pentru terapiile de cupping și Gua Sha cu așteptări privind formarea de vânătăi

Informații Client

Prenume *

Nume *

Adresă Email *

Număr Telefon *

Data Nașterii *

ZZ / LL / AAAA

Detalii Tratament

Tratament(e) Solicitat(e) *

☐ Cupping uscat (staționar)

☐ Cupping alunecător / Cupping masaj

☐ Cupping cu foc

☐ Gua Sha

Zone Tratament *

☐ Spate superior / Umeri

☐ Spate inferior

☐ Gât

☐ Picioare

☐ Brațe

☐ Față (cupping ușor / Gua Sha)

Motiv Tratament *

Screening Sănătate

Ești în prezent însărcinată? *

☐ Da ☐ Nu

Iei anticoagulante? *

☐ Da ☐ Nu

Ai oricare dintre următoarele în zona de tratament?

☐ Arsură de soare

☐ Rănile deschise sau piele ruptă

☐ Infecție activă a pielii sau erupție

☐ Vene varicoase

☐ Niciuna dintre acestea

Ai o tulburare de sângerare? *

☐ Da ☐ Nu

Riscuri & Așteptări

Important — Vânătăile sunt Așteptate:

Cupping și Gua Sha creează în mod intenționat mărci pe piele. Aceasta este o parte normală a tratamentului.

Ce să te Aștepți:

- Mărcile de cupping apar ca decolorații circulare variind de la roz pal la violet închis
- Mărcile de Gua Sha apar ca petehii roșii, dungulite (puncte mici)
- Mărcile durează de obicei 3-10 zile în funcție de individ și nivelul de absorbție
- Mărcile mai închise indică mai multă stagnare/tensiune în zonă
- Mărcile NU sunt leziuni — sunt o răspuns terapeutic

Riscuri Potențiale:

- Vânătăi și decolorație a pielii (așteptate)
- Disconfort ușor în timpul tratamentului
- Formare de vezicule (rară, dacă absorbția este prea puternică)
- Ameți
- Arsuri (rare, cu cupping cu foc)
- Agravare temporară a simptomelor

Îngrijire Postoperatorie:

- Ține zonele cu cupping acoperite și calde timp de 24 de ore
- Bea multă apă după tratament
- Evită expunerea la frig, înot și exercițiu intens timp de 24 de ore
- Nu face cupping pe aceeași zonă până când mărcile nu au dispărut complet

Înțeleg că cupping și Gua Sha vor lăsa mărci vizibile (vânătăi, decolorație) care sunt o parte normală a tratamentului și vor dispărea în 3-10 zile.

Înțeleg că cupping/Gua Sha vor lăsa mărci vizibile: _____

Am fost informat(ă) despre riscurile și efectele așteptate ale terapiei de cupping/Gua Sha.

Înțeleg riscurile descrise mai sus: _____

Note Tratament

Doar pentru uz intern

	Data	Zonă	Tip Cup	Durată
Intrare 1				
Intrare 2				
Intrare 3				
Intrare 4				
Intrare 5				
Intrare 6				

Consimțământ & Semnătură

Consimțesc la terapia de cupping și/sau Gua Sha așa cum este descrisă. Înțeleg că mărcile vizibile sunt așteptate și nu constituie o leziune. Am declarat toate condițiile de sănătate și eliberez practicienii de răspundere.

Confirm că am citit și am înțeles informațiile de mai sus și dau consimțământul meu informat.

Am citit și înțeleg informațiile de mai sus: _____

Semnătură

Data

Nume (tip)

Data *

ZZ / LL / AAAA

Acest formular a fost oferit gratuit de Consentify

Consentify transformă formulare ca aceasta în consimțământ digital pe care clienții tăi îl semnează pe propriul lor telefon prin cod QR — cu PDF-uri automate, flaguri de contraindicații și stocare criptată. Plan gratuit disponibil la <https://getconsentify.com>.

Doar șablon. Revizuiți cu propriul dvs. profesionist cu licență sau consilier juridic înainte de utilizare; cerințele variază în funcție de jurisdicție și de practică.