

प्रसवपूर्व मालिश सहमति

गर्भावस्था के दौरान मालिश के लिए विशेष सहमति जिसमें तमिही-वशिष्ट स्क्रीनिंग और चिकित्सक की मंजूरी शामिल है

ग्राहक जानकारी

पहला नाम *

अंतिम नाम *

ईमेल पता *

फोन नंबर *

जन्म की तारीख *

DD / MM / YYYY

गर्भावस्था की जानकारी

अपेक्षित प्रसव तारीख *

DD / MM / YYYY

वर्तमान तमिही *

☐ पहली तमिही (सप्ताह 1-12) ☐ दूसरी तमिही (सप्ताह 13-27) ☐ तीसरी तमिही (सप्ताह 28-40)

स्त्री रोग विशेषज्ञ/दाई का नाम *

स्त्री रोग विशेषज्ञ फोन *

क्या आपके चिकित्सक ने आपको मालिश के लिए मंजूरी दी है? *

☐ हां ☐ नहीं ☐ अभी नहीं पूछा गया

गर्भावस्था स्वास्थ्य जांच

क्या आपकी गर्भावस्था को उच्च जोखिम के रूप में वर्गीकृत किया गया है? *

☐ हां ☐ नहीं

क्या आप नमिनलखिति में से किसी का अनुभव कर रही हैं या नदिन कया गया है?

- | | |
|--|--|
| ☐ प्री-एक्लेम्पसिया / उच्च रक्तचाप | ☐ गर्भकालीन मधुमेह |
| ☐ प्लेसेंटा प्रीविया | ☐ समय से पहले प्रसव का जोखिम / गर्भाशय ग्रीवा अपर्याप्तता |
| ☐ रक्त के थक्के / गहरी शरी घनास्त्रता | ☐ गंभीर सूजन / सूजन |
| ☐ गंभीर सुबह की मतली / हाइपरमेसिस ग्रेवडारम | ☐ उपरोक्त में से कोई नहीं |

आप कहां असुवधि महसूस कर रही हैं?

प्रसवपूर्व मालिश सहमति

प्रसवपूर्व मालिश जानकारी:

- आप आराम और सुरक्षा के लिए सहायक तकिए के साथ अपनी ओर रखी जाएंगी
- कुछ दबाव बढ़ि (टखने, कलाई, अंगूठे और तर्जनी के बीच) से बचा जाएगा क्योंकि वे संकुचन को उत्तेजित कर सकते हैं
- गहरा पेट का काम नहीं किया जाएगा
- गर्भावस्था के लिए सुरक्षा आवश्यक तेल का उपयोग किया जाएगा, या यदि आप पसंद करती हैं तो कोई नहीं
- यदि आप संकुचन, चक्कर आना या असुवधि का अनुभव करती हैं, तो तुरंत अपने चिकित्सक को सूचित करें
- गर्भावस्था के दौरान मालिश ने तनाव कम करने, मांसपेशियों में तनाव घटाने, परसिंचरण में सुधार करने और बेहतर नींद को बढ़ावा देने के लिए दिखाया गया है

मैं पुष्टि करती हूँ कि मैंने अपनी पूरी गर्भावस्था स्वास्थ्य स्थितिका खुलासा किया है और प्रसवपूर्व मालिश के दिशानिर्देशों को समझती हूँ।

मैं प्रसवपूर्व मालिश दिशानिर्देशों को समझती हूँ: _____

सेशन नोट्स

केवल कार्यालय उपयोग के लिए

	तारीख	क्षेत्र	तकनीक	नोट्स
प्रवर्षि 1				
प्रवर्षि 2				
प्रवर्षि 3				
प्रवर्षि 4				
प्रवर्षि 5				
प्रवर्षि 6				

सहमति और हस्ताक्षर

मैं प्रसवपूर्व मालिश चिकित्सा के लिए सहमति देती हूँ। मैंने गर्भावस्था से संबंधित सभी स्वास्थ्य स्थितियों का खुलासा किया है और समझती हूँ कि गर्भावस्था के दौरान कुछ तकनीकों और क्षेत्र संशोधित या टाले जाते हैं। मैं चिकित्सक को दायित्व से मुक्त करती हूँ।

मैं पुष्टि करती हूँ कि मैंने उपरोक्त जानकारी पढ़ी और समझी है और अपनी सूचित सहमति देती हूँ।

मैंने उपरोक्त जानकारी पढ़ी और समझी है: _____

हस्ताक्षर

दिनांक

नाम लिखें

तारीख *

DD / MM / YYYY

यह फॉर्म Consentify द्वारा मुफ्त प्रदान किया गया था

Consentify इस जैसे फॉर्मों को डिजिटल सहमति में परिवर्तित करता है जिससे आपके ग्राहक QR कोड द्वारा अपने फोन पर हस्ताक्षर करते हैं — स्वचालित PDF, प्रतिसिंकेत ध्वज, और एन्क्रिप्टेड स्टोरेज के साथ। <https://getconsentify.com> पर नशिल्क योजना उपलब्ध है। केवल टेम्पलेट। उपयोग से पहले अपने स्वयं के लाइसेंस प्राप्त पेशेवर या कानूनी सलाहकार के साथ समीक्षा करें; आवश्यकताएं क्षेत्राधिकार और अभ्यास के आधार पर भिन्न होती हैं।