

Consenso per Massaggio Prenatale

Consenso specializzato per massaggio prenatale con screening specifico per trimestre e autorizzazione medica

Informazioni del Cliente

Nome *

Cognome *

Indirizzo Email *

Numero di Telefono *

Data di Nascita *

GG / MM / AAAA

Informazioni sulla Gravidanza

Data Prevista del Parto *

GG / MM / AAAA

Trimestre Attuale *

☐ Primo Trimestre (settimane 1-12)

☐ Secondo Trimestre (settimane 13-27)

☐ Terzo Trimestre (settimane 28-40)

Nome dell'Ostetrico/Ginecologo o Ostetrica *

Telefono dell'Ostetrico/Ginecologo *

Il tuo medico ti ha autorizzato per il massaggio? *

☐ Sì

☐ No

☐ Non l'ho ancora chiesto

Screening della Salute in Gravidanza

La tua gravidanza è stata classificata come ad alto rischio? *

☐ Sì ☐ No

Stai sperimentando o ti è stato diagnosticato uno dei seguenti?

☐ Preeclampsia / Pressione arteriosa alta

☐ Diabete gestazionale

☐ Placenta previa

☐ Rischio di parto prematuro / Insufficienza cervicale

☐ Coaguli di sangue / Trombosi venosa profonda

☐ Edema grave / Gonfiore

☐ Nausea mattutina grave / Iperemesi

☐ Nessuno dei precedenti

Dove stai sperimentando disagio?

Consenso per Massaggio Prenatale

Informazioni sul Massaggio Prenatale:

- Sarai posizionata su un lato con cuscini di supporto per il comfort e la sicurezza
- Determinati punti di pressione (caviglie, polsi, tra il pollice e l'indice) saranno evitati in quanto potrebbero stimolare le contrazioni
- Il lavoro addominale profondo NON sarà eseguito
- Verranno utilizzati oli essenziali sicuri per la gravidanza, o nessuno se preferito
- Se sperimenti contrazioni, vertigini o disagio, informa immediatamente il tuo terapeuta
- È stato dimostrato che il massaggio durante la gravidanza riduce lo stress, diminuisce la tensione muscolare, migliora la circolazione e promuove un sonno migliore

Confermo di aver divulgato il mio stato di salute completo della gravidanza e comprendo le linee guida per il massaggio prenatale.

Comprendo le linee guida per il massaggio prenatale: _____

Note della Sessione

Solo per uso interno

	Data	Area	Tecnica	Note
Voce 1				
Voce 2				
Voce 3				
Voce 4				
Voce 5				
Voce 6				

Consenso e Firma

Acconsento alla terapia di massaggio prenatale. Ho divulgato tutte le condizioni di salute relative alla gravidanza e comprendo che determinate tecniche e aree vengono modificate o evitate durante la gravidanza. Esonero il terapeuta da qualsiasi responsabilità.

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

Ho letto e compreso le informazioni 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.