

Consentimento para Massagem Pré-natal

Consentimento especializado para massagem pré-natal com triagem específica por trimestre e aprovação médica

Informações do Cliente

Primeiro Nome *

Sobrenome *

Endereço de E-mail *

Número de Telefone *

Data de Nascimento *

DD / MM / AAAA

Informações da Gravidez

Data Prevista do Parto *

DD / MM / AAAA

Trimestre Atual *

- ☐ Primeiro Trimestre (semanas 1-12) ☐ Segundo Trimestre (semanas 13-27)
☐ Terceiro Trimestre (semanas 28-40)

Nome do Obstetra/Ginecologista ou Parteira *

Telefone do Obstetra/Ginecologista *

Seu médico aprovou você para receber massagem? *

- ☐ Sim ☐ Não ☐ Ainda não perguntei

Triagem de Saúde na Gravidez

Sua gravidez foi classificada como de alto risco? *

- ☐ Sim ☐ Não

Você está experienciando ou foi diagnosticada com alguma das seguintes condições?

- | | |
|---|--|
| ☐ Pré-eclâmpsia / Pressão arterial alta | ☐ Diabetes gestacional |
| ☐ Placenta prévia | ☐ Risco de parto prematuro / Insuficiência cervical |
| ☐ Coágulos sanguíneos / Trombose venosa profunda | ☐ Edema severo / Inchaço |
| ☐ Náusea matinal grave / Hiperêmese | ☐ Nenhuma das anteriores |

Onde você está sentindo desconforto?

Consentimento para Massagem Pré-natal

Informações sobre Massagem Pré-natal:

- Você será posicionada de lado com almofadas de apoio para conforto e segurança
- Certos pontos de pressão (tornozelos, pulsos, entre o polegar e o indicador) serão evitados, pois podem estimular contrações
- Trabalho abdominal profundo NÃO será realizado
- Óleos essenciais seguros para gravidez serão utilizados, ou nenhum se preferir
- Se você experimentar contrações, tontura ou desconforto, informe seu terapeuta imediatamente
- Demonstrou-se que a massagem durante a gravidez reduz o estresse, diminui a tensão muscular, melhora a circulação e promove melhor sono

Confirmo que divulguei meu estado de saúde completo na gravidez e entendo as diretrizes para massagem pré-natal.

Entendo as diretrizes de massagem pré-natal: _____

Notas da Sessão

Apenas para uso interno

	Data	Área	Técnica	Observações
Entrada 1				
Entrada 2				
Entrada 3				
Entrada 4				
Entrada 5				
Entrada 6				

Consentimento e Assinatura

Consinto com a terapia de massagem pré-natal. Divulguei todas as condições de saúde relacionadas à gravidez e entendo que certas técnicas e áreas são modificadas ou evitadas durante a gravidez. Libero o terapeuta de responsabilidade.

Confirmo que li e entendi as informações acima e dou meu consentimento informado.

Li e entendi as informações acima: _____

Assinatura

Data

Nome completo

Data *

DD / MM / AAAA

Este formulário foi fornecido gratuitamente pela Consentify

O Consentify transforma formulários como este em consentimento digital que seus clientes assinam em seus próprios telefones por código QR — com PDFs automáticos, sinalizadores de contraindicações e armazenamento criptografado. Plano gratuito disponível em <https://getconsentify.com>.

Apenas um modelo. Revise com seu próprio profissional licenciado ou assessor jurídico antes de usar; os requisitos variam de acordo com a jurisdição e a prática.