Ficha de anamnese

Massoterapia · para imprimir e preencher à mão

Cliente

Nome completo

Data de nascimento

Telefone / WhatsApp

E-mail

Documento (CPF ou RG)

Motivo da sessão

Qual o motivo da sessão?

☐ Relaxamento ☐ Dor ou tensão muscular ☐ Recuperação esportiva
☐ Indicação de profissional de saúde ☐ Outro

Onde sente dor ou tensão?

A dor se espalha, formiga ou vem com perda de força? ☐ Sim ☐ Não

Teve queda, acidente ou lesão nos últimos 3 meses? ☐ Sim ☐ Não

O que aconteceu?

Tem hérnia de disco, osteoporose ou outro problema de coluna com diagnóstico? ☐ Sim ☐ Não

Qual?

Que pressão prefere na massagem?

☐ Leve ☐ Moderada ☐ Forte

Há alguma região que prefere que não seja tocada?

Saúde geral

Está grávida? ☐ Sim ☐ Não

Semanas de gestação:

Tem pressão alta ou problema no coração? ☐ Sim ☐ Não

Qual? Faz acompanhamento?

Tem ou já teve trombose, varizes importantes ou outro problema de circulação? ☐ Sim ☐ Não

Qual e quando?

Tem distúrbio de coagulação ou usa anticoagulante (como AAS ou varfarina)? ☐ Sim ☐ Não

Está com febre, gripe ou infecção neste momento? ☐ Sim ☐ Não

Está em tratamento contra o câncer ou teve câncer nos últimos 5 anos? ☐ Sim ☐ Não

Qual tratamento? Tem liberação médica?

Tem diabetes? ☐ Sim ☐ Não

Está controlado? Usa insulina? _____

Tem ferida, micose, queimadura ou inflamação na pele? ☐ Sim ☐ Não

Onde? _____

Fez cirurgia ou procedimento estético nos últimos 6 meses? ☐ Sim ☐ Não

Qual e quando? _____

Tem alergia a óleo, creme, essência ou medicamento? ☐ Sim ☐ Não

A quê? _____

Usa algum medicamento de forma contínua? ☐ Sim ☐ Não

Quais? _____

Usa marca-passo ou tem prótese, pino ou placa de metal no corpo? ☐ Sim ☐ Não

Onde? _____

Observações do profissional

Termo de ciência e consentimento

Declaro que as informações desta ficha são verdadeiras e que não omiti nenhum dado sobre a minha saúde. Vou avisar o(a) profissional sobre qualquer mudança antes das próximas sessões.

Recebi explicações sobre o atendimento de massoterapia: como é feito, os cuidados antes e depois, o resultado esperado e as reações que podem acontecer. Pude tirar minhas dúvidas antes de assinar.

Sei que a massoterapia não substitui tratamento médico ou fisioterápico e que devo avisar durante a sessão se sentir dor, tontura ou qualquer desconforto.

☐ Li e concordo com o termo de ciência acima.

☐ Autorizo o(a) profissional responsável por este atendimento a registrar e guardar os dados pessoais e de saúde desta ficha, com a finalidade exclusiva de avaliar e realizar o atendimento com segurança e manter o meu histórico (Lei 13.709/2018 – LGPD, art. 11, I). Sei que posso pedir acesso, correção ou eliminação desses dados ao estabelecimento a qualquer momento.

Local e data: _____

Assinatura do cliente

Assinatura do profissional