

Ficha de anamnese: Massoterapia

Preencha com atenção. Suas respostas ajudam a escolher o tratamento certo e a evitar reações.

Profissional / clínica: _____

Data do preenchimento: ____ / ____ / ____

IDENTIFICAÇÃO

Nome completo: _____

Telefone (WhatsApp): _____

Data de nascimento: ____ / ____ / ____

E-mail: _____

Profissão: _____

Como conheceu a clínica? _____

SUA SESSÃO

O que você busca? *(pode marcar mais de uma)*

- ☐ Relaxamento ☐ Dor muscular ☐ Tensão / estresse ☐ Drenagem ☐ Pós-treino
☐ Pós-operatório ☐ Outro: _____

Onde sente dor ou tensão?

Prefere pressão: *(marque uma)*

- ☐ Leve ☐ Média ☐ Forte

Alguma região que prefere que não seja tocada? _____

SAÚDE

Tem alguma destas condições? *(pode marcar mais de uma)*

- ☐ Hipertensão ☐ Doença cardíaca ☐ Marca-passo ☐ Trombose / varizes ☐ Hérnia de disco
☐ Osteoporose ☐ Fibromialgia ☐ Lesão ou fratura recente ☐ Cirurgia recente ☐ Câncer
☐ Diabetes ☐ Nenhuma das anteriores ☐ Outra: _____

Usa algum medicamento de forma contínua ou recente?

- ☐ Sim ☐ Não

Qual e para quê? _____

Está grávida, com suspeita de gravidez ou amamentando?

- ☐ Sim ☐ Não ☐ Não se aplica

Tem alergia ou já teve reação a: *(pode marcar mais de uma)*

- ☐ Óleos essenciais ☐ Cremes / óleos ☐ Amêndoa, castanha ou outra oleaginosa
☐ Outra: _____ ☐ Não tenho alergias

AUTORIZAÇÃO DE IMAGEM

Sobre o registro de fotografias e/ou vídeos do meu tratamento:

- ☐ **Não autorizo.** Nenhuma foto ou vídeo será registrado.
- ☐ **Autorizo só para uso interno.** Fotos e vídeos ficam só no meu prontuário, para acompanhar a evolução do tratamento. Nunca são divulgados.
- ☐ **Autorizo uso interno e divulgação.** Além do prontuário, autorizo o uso em redes sociais, site e materiais da clínica.

DECLARAÇÃO

Declaro que as informações fornecidas nesta ficha são verdadeiras e completas, comprometendo-me a informar à profissional qualquer alteração no meu estado de saúde, uso de medicamentos, gestação ou demais condições relevantes antes da realização de procedimentos.

Estou ciente de que a omissão de informações relacionadas à minha saúde poderá interferir na avaliação, indicação, segurança e resultado dos procedimentos realizados.

Assinatura da cliente

Assinatura da profissional