**KARTA**

**ZABIEGOWA**

Imię i nazwisko: …………………………………………………………………………….….

Numer indeksu: ………………….

Data przystąpienia do egzaminu dyplomowego – część praktyczna: ………………………….

Proszę o zapoznanie się poniższymi przeciwwskazaniami do masażu:

* gorączka
* menstruacja
* ciąża (bez pisemnej zgody od lekarza)
* powiększenie węzłów chłonnych
* nieregulowane nadciśnienie
* choroby zakaźne
* choroby skóry, którym towarzyszą pęcherze, wypryski i przerwanie ciągłości naskórka
* choroby nowotworowe
* ostre stany zapalne stawów i ścięgien
* wylewy krwawe pourazowe w stawach i mięśniach (do 2-3 dni po urazie)
* III i IV stadium choroby Bürgera
* jamistość rdzenia
* zapalenie szpiku kostnego z przetokami
* łamliwość kości
* wczesne stany po złamaniu kości
* stany ropne
* zapalenie żył
* świeże zakrzepy
* zaawansowana miażdżyca
* choroba wrzodowa z krwawieniami
* kamica wątrobowa
* stany zapalne dróg żółciowych
* niewyrównane wady serca
* hemofilia
* miażdżyca
* wszelkie stany zapalne
* skaza naczyniowa
* epilepsja
* niewyrównane wady serca
* ostre stany zapalne RZS
* kamica nerkowa
* stan po przebytym zawale serca (2tyg)

Proszę o zapoznanie się poniższymi przeciwwskazaniami do masażu powłok brzusznych:

* choroba wrzodowa krwawieniami
* kamica wątrobowa i nerkowa
* stany zapalne dróg żółciowych
* choroby jelit z owrzodzeniami, krwawieniami i przy przewlekłych niedrożnościach
* ostre i podostre zapalenia narządów miednicy mniejszej
* choroby nowotworowe
* spożycie posiłku na krócej niż 2h przed masażem

Czy wśród wyżej wymienionych przeciwwskazań, jest takie, które Pana/Panią dotyczy?

* Nie
* Tak, proszę podać, które:……………………………………………………………….

Proszę o podanie dodatkowych, istotnych dla Pana/ Pani zdaniem informacji zdrowotnych, które mogłyby wpłynąć na bezpieczne wykonanie masażu: ………………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..………………………………………………………………………

Możliwe powikłania po masażu:

* osłabienie organizmu
* zapalenie mieszków włosowych

**Oświadczenie Modela/ Modelki**

Oświadczam, że zapoznałem/am się z możliwymi powikłaniami i przeciwwskazaniami do masażu oraz nie posiadam żadnego z nich.

Nie zataiłem/am żadnej informacji o stanie mojego zdrowia.

W pełni rozumiem, że masaż wykonywany jest w ramach części praktycznej egzaminu dyplomowego przez osobę, która jest Studentem.

Jestem świadom/a, że mam prawo do wglądu niniejszej karty na każde moje żądanie, poprawianie i uzupełnianie danych.

Data: …………… Czytelny podpis: …………………………

Notatki Studentki/a wykonującej masaż w ramach praktycznej części egzaminu dyplomowego:

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

**Wykonany masaż:**

……………………………………………………………………………………………………………………………. Data masażu: ………………………