



"Inspire, Expire, Desperte"

FICHA DE ANAMNESE	DATA: ____/____/____
-------------------	----------------------

NOME: _____

IDADE: _____ DATA DE NASCIMENTO: ____/____/____ PROFISSÃO: _____

E-MAIL: _____

CEL/WHATSAPP: _____

Perguntas sobre o COVID-19

Teve febre ou experiência de febre nos últimos 14 dias?

() sim () não

Apresentou início de problemas respiratórios tosse ou dificuldade respiratória) nos últimos 14 dias?

() sim () não

Teve algum contato com alguém com infecção confirmada por CORONAVÍRUS nos últimos 14 dias?

() sim () não

Apresentou início de problemas respiratórios tosse ou dificuldade respiratória) nos últimos 14 dias?

() sim () não

Teve contato próximo com pessoas com sintomas de febre ou tosse nos últimos 14 dias?

() sim () não

Se você respondeu sim para mais de 2 perguntas é indicado adiar a sua sessão de massagem para daqui há 14 dias.

() sim () não

Obrigada pela compreensão!

HISTÓRICO Faz tratamento estético? () sim () não Qual? _____

Faz algum tratamento em outra clínica? () sim () não Qual? _____

Faz algum tratamento médico? () sim () não Qual? _____

Usa medicamento? () sim () não Qual? _____

Portador de marcapasso? () sim () não

É fumante? () sim () não

Presença de próteses metálicas? () sim () não Local? _____

Tem problemas cardíacos? () sim () não Qual? _____

Tem problemas nas articulações? () sim () não Qual região? _____

Antecedentes de câncer? () sim () não Qual? _____

Antecedentes alérgicos? () sim () não Quais? _____

Cirurgias anteriores? () sim () não Qual? _____

Tem diabetes? () sim () não Qual? _____

Funcionamento intestinal regular? () sim () não _____

Pratica esportes? () sim () não Quais? _____

É gestante ou lactante? () sim () não

Ciclo menstrual regular? () sim () não

Usa anticoncepcional? () sim () não



"Inspire, Expire, Desperte"

Já recebeu Massagem antes? _____

Como conheceu nosso trabalho? _____

Queixa principal: _____

Tem algum tipo de dor ou desconforto corporal? Descreva _____

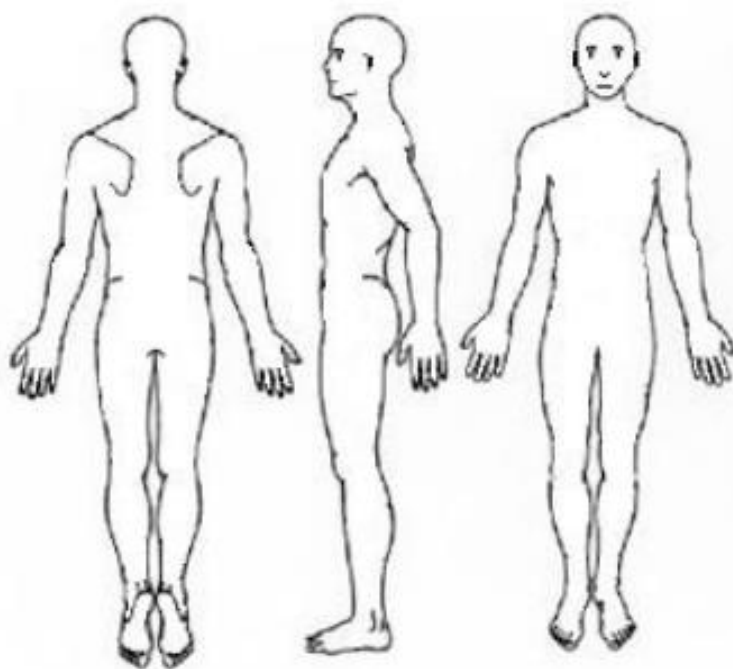
Como avalia seu estado emocional? Algo que te incomoda? (Preocupação, Raiva, Tristeza, Ansiedade, Depressão, Medo, Irritação) _____

Existe alguma parte que não gosta de receber massagem? _____

Qual parte do corpo mais gosta de receber massagem? _____

Que tipo de pressão prefere na massagem? () Forte () Média () Suave

Assinale abaixo qual região costuma sentir dor ou tensão muscular:



Termo de responsabilidade:

Estou de acordo com todas as informações acima relacionadas e ciente que devo comunicar o Terapeuta em caso de dores e/ou novos problemas durante o tratamento, bem como qualquer sintoma suspeito ou contágio de CORONAVÍRUS devem ser comunicados.

ASSINATURA DO CLIENTE

CRISTIANE POHLMANN FRANCHI



SERENITY SPA MASSAGEM
RUA JOÃO MARCATTO, 13 – SALA 105



"Inspire, Expire, Desperte"
