

PRZECIWWSKAZANIA DO MASAŻU

UKŁAD ODDECHOWY

- ☐ Gruźlica
- ☐ Stany zapalne ostre (zapalenie płuc, oskrzeli)
- ☐ Choroby zakaźne
- ☐ Zmiany nowotworowe
- ☐ Dychawica oskrzelowa w czasie napadów

UKŁAD POKARMOWY

- ☐ Pęknięcie wrzodu żołądka i wrzodu dwunastnicy
- ☐ Zapalenie trzustki
- ☐ Wirusowe zapalenie wątroby
- ☐ Zapalenie pęcherzyka żółciowego
- ☐ Stany zapalne dróg żółciowych
- ☐ Zapalenie wyrostka robaczkowego
- ☐ Zapalenie otrzewnej
- ☐ Schorzenia o podłożu pasożytniczym
- ☐ Zmiany nowotworowe
- ☐ Zmiany grożące przerwaniem ciągłości jelit

UKŁAD NERWOWY

- ☐ Zapalenie opon mózgowych
- ☐ Jamistość rdzenia
- ☐ Zapalenie szpiku z przetokami
- ☐ Drżączka porażenna

UKŁAD MIĘŚNIOWY, KOSTNY I STAWÓW

- ☐ Gruźlica kości
- ☐ Świeży zrost
- ☐ Zaawansowana osteoporoza
- ☐ Ostre stany zapalne
(RZS, ZZSK w okresie. zaostrzenia)

UKŁAD KRAŻENIA

- ☐ Stan po przebytych zawale serca
(2 tygodnie)
- ☐ Zaawansowana miażdżyc naczyń wieńcowych
- ☐ Świeże stany zapalne zastawek i serca
- ☐ Niewyrównane wady serca
- ☐ Dusznica bolesna w czasie napadu

- ☐ Nadciśnienie
- ☐ Choroby naczyń obwodowych
- ☐ Skaza naczyniowa
- ☐ Zaawansowana miażdżyc naczyń obwodowych
- ☐ Żyłaki ze zmianami skórnymi
- ☐ Żyłaki w miejscu występowania
- ☐ Zakrzepowe zapalenie żył
(6 miesięcy po stanie zapalnym)
- ☐ Krwiaki , tętniaki i naczyniaki
- ☐ Choroba Birgera III°IV°
- ☐ Choroba Reunalda III°IV°

UKŁAD WYDALNICZY

- ☐ Gruźlica nerek
- ☐ Nerczyca
- ☐ Zmiany nowotworowe
- ☐ Ostre zapalenie pęcherza moczowego
- ☐ Ostre zapalenie moczowodu
- ☐ Odmiedniczkowe zapalenie nerek
- ☐ Kamica nerkowa (duży kamień)

INNE

- ☐ Ciąża i menstruacja (Przeciwwskazanie względne)
- ☐ Zakaźne zmiany i choroby skórne
- ☐ Nowotwory (do 5 lat od wyleczenia)
- ☐ Krwawienia, krwotoki i lub możliwość ich wystąpienia
- ☐ Skaza naczyniowa
- ☐ Ostro stan zapalny
- ☐ Choroby o podłożu bakteryjnym, wirusowym i pasożytniczym
- ☐ Stan po poważnej operacji (do 2 tygodni po)
- ☐ Wysoka temperatura ciała (>38°C)
- ☐ Padaczka
- ☐ Świeże oparzenia
- ☐ Otwarte rany

Oświadczam, że zapoznałam/em się z powyższą listą przeciwwskazań do wykonania masażu oraz świadomie potwierdzam, że żadne z przeciwwskazań u mnie nie występuje oraz mnie nie dotyczy.

.....
Data i podpis