

**ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE
o braku przeciwwskazań zdrowotnych do uczestnictwa
w masażu dla kobiet w ciąży**

Imię i Nazwisko

Telefon

Rok urodzenia

Data badania

Wyrażam zgodę na przeprowadzanie masaży*

Nie wyrażam zgody na przeprowadzanie masaży*

.....

Podpis i pieczętka lekarza

*Poprawne podkreślić

Ewentualne uwagi dla instruktora przeprowadzającego masaż

.....
.....
.....
.....

INFORMACJE DODATKOWE NA TEMAT MASAŻU

Masaż prowadzony jest przez dyplomowaną masażystkę, posiadającą certyfikowane uprawnienia do wykonywania masażu kobiet w ciąży. Odbywa się 1 raz w tygodniu (2 razy lub więcej w III trymestrze), a czas trwania wynosi 20-60 minut (zależy od potrzeb i samopoczucia pacjentki). Podczas masażu stosuje się bezpieczne pozycje nie zagrażające zdrowiu matki i dziecka (leżenie na boku, plecach).

PRZECIWSKAZANIA:

- | | |
|--|--|
| - choroby ukł. sercowo-naczyniowego | - gestozy |
| - cukrzyca ciężarnych | - białaczka |
| - zapalenie trzustki | - skaza krwotoczna naczyniowa; osoczkowa, pochodzenia płytkowego |
| - kłębuszkowe, odmiedniczkowe zap. nerek | - nadczynność, niedoczynność tarczycy bądź gruczołów przytarczycznych |
| - ostra niewydolność nerek | - nieprawidłowy przebieg ciąży – dysfunkcje narządów moczowo – płciowych |
| - kamica nerkowa | - zaburzenia rozwoju płodu |
| - nefropatia cukrzycowa | - choroby zakaźne |
| - stan przedrzucawkowy, rzucawka | |
| - niedokrwistość | |
| - wady wrodzone nerek rozwojowe | |

Niniejsze zaświadczenie lekarskie powinno być wydane przez lekarza ginekologa-położnika prowadzącego ciążę.