

Immersione guidata – Modulo di accettazione

Questo questionario mi permette di comprendere meglio la tua situazione attuale, il tuo stile di vita e i fattori che possono influenzare il tuo stato di salute, al fine di preparare al meglio il nostro incontro e permettere trattamenti corporei adatti durante la tua seduta. Le informazioni raccolte sono strettamente riservate e conservate in modo sicuro. **Ti prego di compilare questo modulo con attenzione e di rinviarmelo via e-mail entro e non oltre il giorno precedente al tuo appuntamento.**

1. Informazioni personali

Nome, Cognome	
Data di nascita:	
Pronome di preferenza (facoltativo):	

Numero di telefono:	
Indirizzo e-mail:	
Nome e numero di telefono della persona da contattare in caso di emergenza:	

2. Motivo della seduta

Che cosa ti ha dato voglia di prenotare questa immersione guidata? Che cosa ti aspetti principalmente da questa esperienza?

--

3. Orientamento generale

Ultimamente, ti riconosci maggiormente in:

(spunta ciò in cui ti riconosci, senza riflettere troppo)

- ☐ Affaticamento mentale / dispersione
- ☐ Difficoltà a rallentare o a fermarti
- ☐ Sensazione di secchezza (pelle, bocca, transito intestinale...)
- ☐ Pesantezza, inerzia, congestione
- ☐ Tensioni fisiche o nervose
- ☐ Maggiore sensibilità emotiva / reazioni emotive intense
- ☐ Bisogno di struttura o chiarezza
- ☐ Nessuno di questi elementi

Il tuo livello generale di energia ultimamente:

- ☐ Stabile e sufficiente
- ☐ Variabile
- ☐ Stanchezza frequente
- ☐ Esaurimento

4. Antecedenti medici & sicurezza

Sei attualmente seguito/a da un medico? ☐ Sì ☐ No

Assumi farmaci (compresi anticoagulanti, antidolorifici, corticosteroidi)?

☐ Sì ☐ No

Se sì, specifica quali:

Hai allergie o sensibilità (oli, piante, ecc.)? ☐ Sì ☐ No

Se sì, specifica quali: _____

Hai mai avuto malesseri, vertigini o reazioni indesiderate durante trattamenti corporei? ☐ Sì ☐ No

- ☐ Gravidanza
- ☐ Mestruazioni il giorno dell'appuntamento
- ☐ Fatica persistente
- ☐ Pesantezza durante la digestione, o meno appetito del solito
- ☐ Congestione importante delle vie respiratorie
- ☐ Capogiri, difficoltà di concentrazione, emicranie
- ☐ Operazione chirurgica o infortunio (negli ultimi 3 mesi): _____
- ☐ Problemi di pelle (eczema, infezione, ferita aperta, micosi)
- ☐ Edema (gonfiori insoliti)
- ☐ Vene varicose
- ☐ Trombosi, tromboflebite, or altri problemi circolatori significativi
- ☐ Infezione, febbre, dolori acuti o infiammazione
- ☐ Rigidità significativa delle articolazioni
- ☐ *Niente di tutto ciò*

Da segnalare inoltre (anche se non attuali/recenti):

- ☐ Disturbo neurologico (es.: epilessia, sclerosi multipla). Specificare: _____
- ☐ Condizione cardiovascolare (es.: ipertensione, ipotensione, disturbi cardiaci, glaucoma). Specificare: _____
- ☐ Condizione di salute mentale (condivisione facoltativa): _____
- ☐ Artrosi/artrite/articolazioni colpite da reumatismi: _____

Hai altre informazioni importanti da segnalare riguardo al tuo stato di salute attuale?



5. Consenso, contatto corporeo & sicurezza della seduta

Pressione preferita (indicativa): ☐ Delicata ☐ Media ☐ Decisa ☐ Variabile

☐ Preferisco non rispondere

Durante la seduta, preferisco (più risposte possibili): *Puoi cambiare idea in qualsiasi momento durante la seduta.*

☐ Verifiche verbali regolari

☐ Pochi o nessuno scambio verbale

☐ Poter chiedere pause o adattamenti se necessario

☐ Preferisco non rispondere

6. Dichiarazione finale – Salute, consenso & quadro della seduta

*Comprendo che il servizio proposto è un accompagnamento e una pratica ayurvedica e che **non sostituisce in alcun caso un monitoraggio, una diagnosi o un trattamento medico.***

*Confermo di aver preso visione delle controindicazioni indicate sul sito e **mi impegno a contattare la consulente in caso di cambiamento improvviso del mio stato di salute**, affinché la seduta possa essere adattata o rimandata se necessario.*

Comprendo l'importanza dell'idratazione, del riposo e dell'osservazione delle reazioni dopo la seduta e mi impegno a contattare la consulente in caso di reazione insolita.

Comprendo che questa seduta è un'esperienza orientata al recupero e all'orientamento, che non sostituisce una valutazione ayurvedica completa e che il trattamento corporeo sarà scelto e adattato in funzione del mio stato

Confermo che le informazioni fornite in questo modulo sono, a mia conoscenza, corrette e acconsento liberamente a ricevere i trattamenti descritti.

Data : _____

Firma: _____



Réservé à la praticienne

Hypothèse de travail avant la séance

Observations générales lors de la séance

Type de soin : _____

Intention, toucher et rythme : _____

Dosha visé : _____

Dhatu visé : _____

Koshta visé : _____

Éléments à vérifier (non explicitement listés dans le questionnaire) :

Abhyanga

- ☐ Affections cutanées étendues inflammatoires
- ☐ Raideur importante des articulations

Shiropichu

- ☐ Hypotension marquée
- ☐ Hypersensibilité du cuir chevelu / allodynie
- ☐ État de surcharge sensorielle importante

Nadi Swedana, Valuka Sweda, Udwartana

- ☐ Déshydratation (très important)
- ☐ Varices importantes sur la zone traitée
- ☐ Inflammation articulaire aiguë
- ☐ Neuropathies ou perte de sensibilité locale
- ☐ Peau sèche, fragile ou réactive
- ☐ Hypersensibilité nerveuse / sensorielle (udv)

- ☐ Ama élevé avec faiblesse digestive marquée (udv)

Nasya

- ☐ Rhume / grippe / infection ORL même légère
- ☐ Juste après une sudation ou un bain chaud
- ☐ Glaucome
- ☐ Terrain sensible (anxiété aiguë, réactions vagales)

Karna Purana

- ☐ Douleur auriculaire aiguë, Écoulement de l'oreille
- ☐ Otite récente ou en cours, Chirurgie ORL récente
- ☐ Hypersensibilité auditive importante / acouphènes instables

