

## 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
- Żylaki ze zmianami skórnymi
- Żylaki w miejscu występowania
- Zakrzepowe zapalenie żył (6miesiący 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**

- Cięża i menstruacja (Przeciwwskazanie względne)
- Zakaźne zmiany i choroby skórne
- Nowotwory (do 5 lat od wyleczenia)
- Krwawienia, krwotoki i lub możliwość ich wystąpienia
- Skaza naczyniowa
- Ostry 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