

Ze względu na dbałość o zdrowie Pani i Dziecka proszę o wypełnienie wywiadu i następnie skonsultowanie się z lekarzem prowadzącym ciążę. Zebrane informacje służą prawidłowemu planowaniu zajęć z uwzględnieniem indywidualnych potrzeb.

Dziękuję!
Izabela Dembińska

Dane Uczestniczki Zajęć:

Imię i nazwisko:

Wiek:

Telefon kontaktowy

Email:

Imię i nazwisko lekarza prowadzącego ciążę:

Telefon kontaktowy:

Informacje o stanie zdrowia i przebiegu ciąży:

Liczba przebytych ciąż:

Czy występowały komplikacje przy poprzedniej ciąży? (jakie?)

Tydzień ciąży:

Termin porodu:

Ciąża jedнопłodowa:

Inne ważne informacje:

Dolegliwości:

- omdlenia
- krwawienia z pochwy
- bóle głowy
- bóle w klatce piersiowej
- bólów brzucha
- żylaki kończyn dolnych
- obrzęki w okolicy stawu skokowego, dłoni, twarzy
- wieczorne obrzęki w okolicy stawu skokowego, dłoni
- skurcze łydek
- bóle, obrzęki, cierpienia całej nogi? Której?
- bóle pleców w odcinku:
 - szyjnym
 - piersiowym
 - lędźwiowym



ĆWICZ z
POŁOŻNĄ®

Izabela Dembińska
www.rodzimy.pl

Publikacja objęta jest prawem autorskim. Wszelkie prawa zastrzeżone.
Kopiowanie i rozpowszechnianie bez zgody autora zabronione.
Zakaz rozpowszechniania i udostępniania.

- Cukrzyca
- Nadciśnienie
- Urazy i dolegliwości miednicy
- Inne:

Stosowane leki:

Czy była Pani aktywna fizycznie przed ciążą?

tak nie

Czy obecnie uczestniczy Pani w zajęciach dla kobiet w ciąży?

tak nie

Forma aktywności zawodowej:

siedząca fizyczna mieszana

Informacje o programie „ĆWICZ z POŁOŻNĄ” dla lekarza / położnej

Program skierowany jest dla kobiet w ciąży, którego celem jest zachowanie i poprawa ogólnej sprawności psychofizycznej kobiety, przygotowania fizycznego i mentalnego do porodu oraz przeciwdziałanie zmianom w układzie kostno-mięśniowo- stawowym ciężarnej. Zajęcia wykorzystują metody pracy z ciałem takie jak joga, pilates, stretching, skupiając się na ćwiczeniach:

- wzmacniających i rozciągających
- kręgosłupa,
- kształtujących postawę ciała,
- przeciwzakrzepowych,
- zapobiegających wysiłkowemu nietrzymaniu moczu,
- wzmacniających i uelastyczniających mięśnie dna miednicy,
- oddechowych,
- relaksacyjnych

Zajęcia prowadzone są z zachowaniem wskazań do aktywności fizycznej kobiet w ciąży (American College of Obstetricians and Gynecologists, Royal College of Obstetricians and Gynecologists, Polskie Towarzystwo Ginekologiczne) i charakteryzują się niską intensywnością, indywidualizacją ćwiczeń uwzględniając indywidualne dolegliwości i trymestr ciąży.

Zajęcia trwają ok 90 minut, zakończone relaksem i ćwiczeniami oddechowymi. Grupa ćwicząca nie przekracza 10 uczestniczek na sali.

Zaświadczenie lekarskie i zgoda na uczestnictwo w zajęciach.

Nie stwierdzam przeciwwskazań zdrowotnych i wyrażam zgodę na uczestnictwo w zajęciach ruchowych dla kobiet w ciąży Pani _____

Data, podpis i pieczęć lekarza prowadzącego ciążę.

Oświadczenie uczestniczki zajęć.

1. Oświadczam, że skonsultowałam swoje uczestnictwo w zajęciach dla kobiet w ciąży ze swoim lekarzem prowadzącym i uzyskałam jego zgodę.
2. Oświadczam, że zapoznałam się oraz będę przestrzegać wskazań i uwag dotyczących bezpieczeństwa aktywności fizycznej w trakcie zajęć.
3. Zapoznałam się z cennikiem zajęć oraz regulaminem obiektu w którym odbywają się zajęcia

Data i podpis uczestniczki

Zalecenia dotyczące zajęć:

- Ciąża fizjologiczna niepowikłana, pojedyncza
- Zgoda lekarza do podejmowania aktywności fizycznej
- Ćwiczysz bo chcesz a nie bo musisz
- Podczas ćwiczeń zalecany jest lekki ubiór
- Nie wolno dopuszczać do przegrzania
- Ćwiczenia nie powinny sprawiać bólu
- Powinnaś przerwać ćwiczenia, kiedy jesteś zmęczona
- Nie przekraczaj granicy własnych możliwości
- Uzypętniaj płyny podczas aktywności fizycznej
- Słuchaj własnego ciała i reakcji dziecka na dane ćwiczenie i pozycję
- Ćwicz bez zadyszki, z lekko przyśpieszonym oddechem
- Unikaj aktywności z podskokami, gwałtownymi obrotami, pozycji odwróconych, sportów z ryzykiem niedotlenienia, utraty równowagi

Uwagi instruktora zajęć o Uczestniczce w trakcie uczęszczania na zajęcia: