

Cofnod o ymgynghoriad

Enw'r therapydd:		Dyddiad:	Cyfeirnod portffolio:		
ID cleient:		Oed:	Galwedigaeth:		
Ffordd o fyw/deiet:		Proffil chwaraeon/rhaglen hyfforddi:			
Disgwyliadau'r cleient o'r driniaeth:					
Enw a chyfeiriad meddyg teulu:					
Gwryw/Benyw <input type="checkbox"/>	Plentyn <input type="checkbox"/>	Person ifanc <input type="checkbox"/>	Oedolyn <input type="checkbox"/>	Poblogaeth arbennig <input type="checkbox"/>	
Ystafell dylino <input type="checkbox"/>	Yn y fan a'r lle (mewn digwyddiad chwaraeon) <input type="checkbox"/>				

Archwiliad goddrychol

Arsylwad dechreuol: <i>(wyneb, osgo, safiad)</i>
Cyflwr wrth gyrraedd:
Hanes meddygol blaenorol: <i>(anafadau blaenorol, alergeddau, llawdriniaethau mawr, damweiniau, salwch, hanes teuluol, gwrth-arwyddion a champau gweithredu)</i>
Meddyginiaeth:
Llofnod y therapydd:

Record of consultation

Therapist name:		Date:	Portfolio reference:		
Client ID:		Age:	Occupation:		
Lifestyle/diet:		Sporting profile/training regime:			
Client expectations of treatment:					
GP name and address:					
Male/Female <input type="checkbox"/>	Pre-adolescent <input type="checkbox"/>	Adolescent <input type="checkbox"/>	Adult <input type="checkbox"/>	Special population <input type="checkbox"/>	
Massage room <input type="checkbox"/>	In situ (at sporting event) <input type="checkbox"/>				

Subjective examination

Initial observation: <i>(face, posture gait)</i>
Presenting condition:
Previous medical history: <i>(previous injuries, allergies, major ops, accidents, illness, family history, contra-indications and actions)</i>
Medication:
Therapist signature:

Asesiad gwrthrychol

Arsylwad dechreuol – Cymesuredd a Symudedd <i>A yw'r cleient yn dal ei hun yn od, a yw'n gloff, neu'n symud yn or-ofalus?</i>	
Asesiad o safiad <i>Dylid rhestru unrhyw arwyddion o gyffosis, lordosis, cefn sy'n siglo, sgoliosis ac anghymesuredd amlwg</i>	
Teimlad cyffyrddol – Croen, esgyrn, cyhyrau a meinwe feddal <i>Gwres, chwydd, rhestru unrhyw ddarnau esgyrnog a chyhyrau a ganfyddir drwy deimlad cyffyrddol – lle bo'n bosibl, dylid eu cymharu gyda rhannau cydgyferbyniol o'r corff</i>	
ROM gweithredol <i>A oes gwahaniaeth o ran ROM rhwng cymalau cymharol yn y darn o'r corff sydd i gael ei dylino – holl symudiadau</i>	
ROM goddefol <i>Pan ydych yn symud aelod o'r corff drwy ROM, a oes gwahaniaeth o'r hyn ydoedd adeg AROM ac a yw'r cymal yn teimlo fel y dylai</i>	

Triniaeth

Cynllun y driniaeth: (Nodau'r driniaeth, man i'w drin, safle'r cleient, amseriadau)			
Effleurage <input type="checkbox"/>	Petrissage <input type="checkbox"/>	Tapotement <input type="checkbox"/>	Dirgryniad <input type="checkbox"/>
Ymestyn <input type="checkbox"/>	Drwy ddillad/tywelion <input type="checkbox"/>		
Soffa a rholyn sofffa <input type="checkbox"/>	Arwyneb arall addas <input type="checkbox"/>	Cyfrwng y tyllino <input type="checkbox"/>	Tywelion <input type="checkbox"/>
Esbonio nodau ac amcanion/natur a phwrpas y driniaeth i gleientiaid: (Arwyddion cyffredinol i'r driniaeth hon, technegau i'w defnyddio a pham, effaith ddymunol y technegau a ddefnyddir, offer i'w ddefnyddio, darnau o'r corff a fydd yn agored)			
Rwy'n cadarnhau bod y wybodaeth uchod yn gywir hyd y gwn i. Mae'r dulliau a ddefnyddir i gynnal tyllino chwaraeon wedi'u trafod a'u hesbonio ac rwy'n rhoi fy nghaniatâd i'r driniaeth.			
Llofnod y cleient:			

Objective assessment

Initial observation – Symmetry and Mobility <i>Is client holding themselves oddly, are they limping, moving cautiously?</i>	
Posture assessment <i>List any signs of kyphosis, lordosis, sway back, scoliosis and obvious asymmetry</i>	
Palpation – Skin, bones, muscles and soft tissue <i>Heat, swelling, list bony landmarks and muscles palpated with finding – where possible compare to contralateral body part</i>	
Active ROM <i>Are there difference in ROM between comparative joints in the area to be massaged – all movements</i>	
Passive ROM <i>When you move limbs through ROM, is there a difference from AROM and is it the expected end feel for the joint</i>	

Treatment

Treatment plan: (Aims of treatment, area to be treated, client position, timings)			
Effleurage <input type="checkbox"/>	Petrissage <input type="checkbox"/>	Tapotement <input type="checkbox"/>	Vibration <input type="checkbox"/>
Stretching <input type="checkbox"/>	Through clothing/towels <input type="checkbox"/>		
Couch and couch roll <input type="checkbox"/>	Other suitable surface <input type="checkbox"/>	Massage medium <input type="checkbox"/>	Towels <input type="checkbox"/>
Explain aims and objectives/nature and purpose of treatment to clients: (General indications for this treatment, techniques to be used and why, desired effect of techniques used, equipment to be used, body parts exposed)			
I confirm above information is correct to the best of my knowledge. The sports massage methods have been discussed and explained and I give my consent to treatment.			
Client signature:			

Ôl-driniaeth

Ail-asesiad: *(Cymhariaeth gyda nodweddion blaenorol, effeithiolrwydd y driniaeth, llai o gamweithrediad, mwy o ROM, gwell safiad neu symudedd)*

Cyngor ôl-ofal: *(Gwrth-ffeithiau, atgyfeirio at weithwyr proffesiynol eraill, cyngor cyffredinol)*

Sylwadau'r cleient: *(Ansawdd y driniaeth, natur broffesiynol y therapydd, dyfarniad o'r driniaeth, gwelliant o ran y cyflwr)*

Sylwadau'r tiwtor:

Llofnod:

Rhif yr aseswr:

Post-treatment

Re-assessment: *(Comparison to previous markers, effectiveness of treatment, reduced dysfunction, increased ROM, improved posture or mobility)*

Aftercare advice: *(Contra-actions, referral to other professionals, general advice)*

Client comments: *(Quality of treatment, professionalism of therapist, critique of treatment, improvement to condition)*

Tutor comments:

Signature:

Assessor number:

Triniaeth bellach

Enw'r therapydd:		Dyddiad:	Cyfeirnod portffolio:		
ID cleient:					
Adborth ers y driniaeth flaenorol: <i>(Newid i iechyd ers y driniaeth flaenorol, gwelliant neu ddirywiad yn y cyflwr, yn syth ar ôl y driniaeth flaenorol ac ers hynny, newidiadau o ran meddyginiaeth)</i>					
Gwryw/Benyw <input type="checkbox"/>	Plentyn <input type="checkbox"/>	Person ifanc <input type="checkbox"/>	Oedolyn <input type="checkbox"/>	Poblogaeth arbennig <input type="checkbox"/>	
Ystafell dylino <input type="checkbox"/>	Yn y fan a'r lle (mewn digwyddiad chwaraeon) <input type="checkbox"/>				

Ailasesiad ar ôl triniaeth flaenorol

Arsylwad dechreuol – Cymesuredd a Symudedd <i>A yw'r cleient yn dal ei hun yn od, a yw'n gloff, neu'n symud yn or-ofalus?</i>	
Asesiad o safiad <i>Dylid rhestru unrhyw arwyddion o gyffosis, lordosis, cefn sy'n siglo, scoliosis ac anghymesuredd amlwg</i>	
Teimlad cyffyrddol – Croen, esgyrn, cyhyrau a meinwe feddal <i>Gwres, chwydd, rhestru unrhyw ddarnau esgyrnog a chyhyrau a ganfyddir drwy deimlad cyffyrddol – lle bo'n bosibl, dylid eu cymharu gyda rhannau cydgyferbyniol o'r corff</i>	
ROM gweithredol <i>A oes gwahaniaeth o ran ROM rhwng cymalau cymharol yn y darn o'r corff sydd i gael ei dylino – holl symudiadau</i>	
ROM goddefol <i>Pan ydych yn symud aelod o'r corff drwy ROM, a oes gwahaniaeth o'r hyn ydoedd adeg AROM ac a yw'r cymal yn teimlo fel y dylai</i>	

Subsequent treatment

Therapist name:		Date:	Portfolio reference:		
Client ID:					
Feedback since previous treatment: <i>(Change to health since previous treatment, improvements or decline in condition, both, straight after previous treatment and since, medication changes)</i>					
Male/Female <input type="checkbox"/>	Pre-adolescent <input type="checkbox"/>	Adolescent <input type="checkbox"/>	Adult <input type="checkbox"/>	Special population <input type="checkbox"/>	
Massage room <input type="checkbox"/>	In situ (at sporting event) <input type="checkbox"/>				

Re-assessment after previous treatment

Initial observation – Symmetry and Mobility <i>Is client holding themselves oddly, are they limping, moving cautiously?</i>	
Posture assessment <i>List any signs of kyphosis, lordosis, sway back, scoliosis and obvious asymmetry</i>	
Palpation – Skin, bones, muscles and soft tissue <i>Heat, swelling, list bony landmarks and muscles palpated with finding – where possible compare to contralateral body part</i>	
Active ROM <i>Are there difference in ROM between comparative joints in the area to be massaged – all movements</i>	
Passive ROM <i>When you move limbs through ROM, is there a difference from AROM and is it the expected end feel for the joint</i>	

Triniaeth

Cynllun y driniaeth: *(Nodau'r driniaeth, man i'w drin, safle'r cleient, amseriadau)*

Effleurage <input type="checkbox"/>	Petrissage <input type="checkbox"/>	Tapotement <input type="checkbox"/>	Dirgryniad <input type="checkbox"/>
Ymestyn <input type="checkbox"/>	Drwy ddillad/tywelion <input type="checkbox"/>		
Soffa a rholyn soffa <input type="checkbox"/>	Arwyneb arall addas <input type="checkbox"/>	Cyfrwng y tyllino <input type="checkbox"/>	Tywelion <input type="checkbox"/>

Esbonio nodau ac amcanion/natur a phwrpas y driniaeth i gleientiaid: *(Arwyddion cyffredinol i'r driniaeth hon, technegau i'w defnyddio a pham, effaith ddymunol y technegau a ddefnyddir, offer i'w ddefnyddio, darnau o'r corff a fydd yn agored)*

Rwy'n cadarnhau bod y wybodaeth uchod yn gywir hyd y gwn i. Mae'r dulliau a ddefnyddir i gynnal tyllino chwaraeon wedi'u trafod a'u hesbonio ac rwy'n rhoi fy nghaniatâd i'r driniaeth.

Llofnod y cleient:

Ôl-driniaeth

Ail-asesiad: *(Cymhariaeth gyda nodweddion blaenorol, effeithiolrwydd y driniaeth, llai o gamweithrediad, mwy o ROM, gwell safiad neu symudedd)*

Cyngor ôl-ofal: *(Gwrth-ffeithiau, atgyfeirio at weithwyr proffesiynol eraill, cyngor cyffredinol)*

Sylwadau'r cleient: *(Ansawdd y driniaeth, natur broffesiynol y therapydd, dyfarniad o'r driniaeth, gwelliant o ran y cyflwr)*

Sylwadau'r tiwtor:

Llofnod: **Rhif yr aseswr:**

Treatment

Treatment plan: *(Aims of treatment, area to be treated, client position, timings)*

Effleurage <input type="checkbox"/>	Petrissage <input type="checkbox"/>	Tapotement <input type="checkbox"/>	Vibration <input type="checkbox"/>
Stretching <input type="checkbox"/>	Through clothing/towels <input type="checkbox"/>		
Couch and couch roll <input type="checkbox"/>	Other suitable surface <input type="checkbox"/>	Massage medium <input type="checkbox"/>	Towels <input type="checkbox"/>

Explain aims and objectives/nature and purpose of treatment to clients: *(General indications for this treatment, techniques to be used and why, desired effect of techniques used, equipment to be used, body parts exposed)*

I confirm above information is correct to the best of my knowledge. The sports massage methods have been discussed and explained and I give my consent to treatment.

Client signature:

Post-treatment

Re-assessment: *(Comparison to previous markers, effectiveness of treatment, reduced dysfunction, increased ROM, improved posture or mobility)*

Aftercare advice: *(Contra-actions, referral to other professionals, general advice)*

Client comments: *(Quality of treatment, professionalism of therapist, critique of treatment, improvement to condition)*

Tutor comments:

Signature: **Assessor number:**