



# CRYOBAR

## INFORMATIONS :

Nom/prénom : .....

Date de naissance : .....

Adresse : .....

Téléphone : .....

Email : .....

Médecin traitant : .....

## Objectif :

**Amincissement**

*Zone à traiter :* .....

**Raffermissment**

*Zone à traiter :* .....

**Médical**

*Motif :* .....

## FICHE MÉDICALE CRYOTHÉRAPIE LOCALISÉE :

### Antécédents cardio-vasculaires :

- |  |                              |                              |
|--|------------------------------|------------------------------|
| ➤ Artériopathie des membres inférieurs | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| ➤ Thrombose veineuse/phlébite          | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| ➤ Maladie de Raynaud                   | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |

- Terrain allergique au froid**  Oui  Non
- Blessures cutanées**  Oui  Non
- Prothèses mammaires**  Oui  Non
- Grossesse en cours**  Oui  Non
- Diabète**  Oui  Non
- Dispositifs médical sous-cutané** (Pace-maker, Stent, Neurostimulateur...)
- Oui : .....  Non

Je soussigné(e) ..... certifie sur l'honneur avoir lu et compris les informations ainsi que les contre-indications concernant la pratique de la cryothérapie localisée.

Je certifie également la sincérité et l'exactitude des réponses apportées au questionnaire médical, et m'engage à signaler tout changement afin d'en assurer la mise à jour.

En cas de doute sur les contre-indications notées ci-dessus, nous vous invitons à consulter votre médecin traitant afin qu'il valide votre aptitude physique à la pratique de la cryothérapie localisée, en remplissant un avis médical.

En cochant cette case vous acceptez de recevoir notre newsletter

Date : .....

Signature :

