



Antécédents médicaux

Les conditions suivantes sont des contre-indications à la cryothérapie CCE :

- Syndrome de Raynaud Oui Non
- Hypertension artérielle non contrôlée Oui Non
- Infarctus du myocarde ou infarctus aigu Oui Non
- Insuffisance respiratoire Oui Non
- Insuffisance circulatoire Oui Non
- Angine de poitrine Oui Non
- Pacemaker Oui Non
- Artériopathie de stade 1 à 4 Oui Non
- Thrombose veineuse profonde Oui Non
- Colique néphrétique Oui Non
- Anémie profonde Oui Non
- Allergie au froid ou urticaire au froid Oui Non
- Cryoglobulinémie Oui Non
- Infection cutanée aiguë bactérienne ou virale Oui Non
- Infection profonde aiguë Oui Non
- Prise d'alcool ou de drogues Oui Non
- Trouble du rythme cardiaque Oui Non
- Insuffisance valvulaire Oui Non
- Dermatose purulente et gangréneuse Oui Non
- Cardiopathie ischémique Oui Non
- Polyneuropathie Oui Non
- Grossesse Oui Non
- Claustrophobie Oui Non
- Cancer Oui Non
- Fièvre Oui Non
- Agammaglobulinémie Oui Non
- Les maladies du système nerveux central Oui Non
- L'hypothyroïdie Oui Non
- Hypertension sévère (BP>180/100) Oui Non
- Arythmie Oui Non
- Maladie tumorale Oui Non
- Les troubles de la coagulation Oui Non
- Accident vasculaire cérébral aigu ou récent Oui Non
- Des crises non contrôlées Oui Non
- Maladie cardiovasculaire symptomatique Oui Non
- Emaciation et refroidissement de l'organisme Oui Non

Les personnes de moins de 18 ans doivent être accompagnées d'un parent pendant le traitement. Si vous avez répondu « Oui » à l'un des points, vous êtes informés qu'il existe une/des contre-indication(s) à cette thérapie que vous acceptez explicitement. Je soussigné....., certifie avoir lu les informations concernant la cryothérapie et avoir répondu sincèrement au questionnaire ci-dessus.

Lieu et Date :

Signature :

