

LA CRYOTHERAPIE CORPS ENTIER -110°C

Partie à remplir par le médecin

Rechercher les contre-indications suivantes :

	<i>Oui</i>	<i>Non</i>
Personne mineur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Grossesse en cours	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Antécédents de maladie thrombo-embolique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Coronaropathie, artériopathie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
HTA non équilibrée	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Raynaud avec ulcères digitaux	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Asthme au froid	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Insuffisance respiratoire non équilibrée	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Urticaire au froid, cryoglobulinémie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Effractions cutanées	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Epilepsie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fièvre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dispositif médical interne ou externe (<i>pace maker, défibrillateur implantable, colostomie, pompe à insuline</i>)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dialyse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Examen clinique

- ◆ Pouls :.....
- ◆ Tension :.....

Avis Médical

Je soussigné, docteur en médecine certifie que
Mr/Mme..... Ne présente ce jour aucune des maladies citées ci-dessus contre
indiquant la CCE.

Fait à Le

Cachet + signature

Merci de nous indiquer votre adresse mail si vous souhaitez être informé de la prise en charge de votre patient
Adresse mail :