

Contre-indications relatives à une séance de cryothérapie

TRAITEMENT MÉDICAL EN COURS : ☐ OUI ☐ NON

Si oui, lequel : _____

OUI / NON

- | | | |
|---|--------------------------|--------------------------|
| - Infarctus du myocarde inférieur à 6 mois _____ | ☐ | ☐ |
| - Pacemaker _____ | ☐ | ☐ |
| - Artériopathie de stade 3 ou 4 _____ | ☐ | ☐ |
| - Anémie profonde _____ | ☐ | ☐ |
| - Infection profonde aiguë _____ | ☐ | ☐ |
| - Insuffisance respiratoire ou circulatoire _____ | ☐ | ☐ |
| - Thrombose veineuse profonde _____ | ☐ | ☐ |
| - Allergie au froid _____ | ☐ | ☐ |
| - Prise d'alcool ou de drogues _____ | ☐ | ☐ |
| - Coups de soleil _____ | ☐ | ☐ |
| - Femme enceinte _____ | ☐ | ☐ |
| - Antécédent d'AVC _____ | ☐ | ☐ |
| - Insuffisance rétrécissement valvulaire _____ | ☐ | ☐ |
| - Toute pathologie présentant une fièvre importante _____ | ☐ | ☐ |

OUI / NON

- | | | |
|---|--------------------------|--------------------------|
| - Angine de poitrine _____ | ☐ | ☐ |
| - Infections respiratoires aiguës _____ | ☐ | ☐ |
| - Cryoglobulinémie _____ | ☐ | ☐ |
| - Hypertension artérielle non contrôlée _____ | ☐ | ☐ |
| - Coliques néphrétiques _____ | ☐ | ☐ |
| - Infection cutanée aiguë bactérienne ou virale _____ | ☐ | ☐ |
| - Épilepsie _____ | ☐ | ☐ |
| - Prise d'anticoagulants (en fonction du médicament pris) _____ | ☐ | ☐ |
| *Atteinte.s et/ou tension.s cervicales _____ | ☐ | ☐ |
| *Maux de tête _____ | ☐ | ☐ |
| *Syndrome de Raynaud _____ | ☐ | ☐ |
| *Hyperhydrose _____ | ☐ | ☐ |
| *Blessures cutanées _____ | ☐ | ☐ |

*Mentions relatives (non absolues)

Date : ____ / ____ / ____

Signature du client : _____

Les informations recueillies sont strictement confidentielles et destinées à optimiser votre expérience en cryothérapie.