

Contre-indications relatives à une séance de pressothérapie

TRAITEMENT MÉDICAL EN COURS : ☐ OUI ☐ NON

Si oui, lequel : _____

OUI / NON

- | | | |
|---|--------------------------|--------------------------|
| - Thrombose veineuse profonde (TVP) récente_____ | ☐ | ☐ |
| - Phlébite en cours _____ | ☐ | ☐ |
| - Insuffisance veineuse sévère non traitée _____ | ☐ | ☐ |
| - Insuffisance cardiaque non contrôlée _____ | ☐ | ☐ |
| - Hypertension artérielle sévère et non stabilisée _____ | ☐ | ☐ |
| - Infection cutanée aiguë sur les zones traitées
(plaies ouvertes, eczéma suintant, brûlures, etc.)_____ | ☐ | ☐ |
| - Fièvre ou infection généralisée_____ | ☐ | ☐ |
| - Cancer en phase évolutive _____ | ☐ | ☐ |
| - Insuffisance rénale sévère_____ | ☐ | ☐ |
| - Grossesse _____ | ☐ | ☐ |
| -Présence d'un stimulateur cardiaque ou pacemaker____ | ☐ | ☐ |
| *Diabète avec complications circulatoires_____ | ☐ | ☐ |
| *Varices volumineuses et douloureuses _____ | ☐ | ☐ |
| *Antécédents de chirurgie vasculaire_____ | ☐ | ☐ |
| *Hypotension importante _____ | ☐ | ☐ |

***Mentions relatives (non absolues)**

Date : ____ / ____ / ____

Signature du client : _____

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 : _____