



Cryothérapie Corps Entier

ZAC de Viargues

34440 Colombiers

## FICHE MEDICALE

Date

### Questionnaire médical

Antécédent cardio vasculaire	Oui	<input type="checkbox"/>	Non	<input type="checkbox"/>
Pace Maker / Dispositif sous cutané	Oui	<input type="checkbox"/>	Non	<input type="checkbox"/>
Asthme +/- traitement de fond	Oui	<input type="checkbox"/>	Non	<input type="checkbox"/>
Epilepsie	Oui	<input type="checkbox"/>	Non	<input type="checkbox"/>
Terrain atopique au froid (Allergie)	Oui	<input type="checkbox"/>	Non	<input type="checkbox"/>
Prise de toxique	Oui	<input type="checkbox"/>	Non	<input type="checkbox"/>
Traitements :	Oui	<input type="checkbox"/>	Non	<input type="checkbox"/>
Hospitalisation depuis - de 6 mois	Oui	<input type="checkbox"/>	Non	<input type="checkbox"/>

### Examen clinique

Auscultation cardio-pulmonaire

TA :

FC :

Plaie

Pouls périphérique

Lentilles de contact

Non contre-indication ce jour      Oui       Non

Nom et cachet  
du Médecin