



CRYO D'OC

Cryothérapie Corps Entier
ZAC de Viargues
34440 Colombiers
04 67 90 25 97

Questionnaire de sante.

Antécédents Médicaux

Pathologie cardiaque	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Hypertension artérielle non contrôlée	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Pace Maker / dispositif sous cutané	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Asthme au froid	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Thrombose veineuse profonde/phlébite	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Syndrome de Raynaud prononcé ou Allergie au froid	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Epilepsie	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Grossesse connue	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Tumeur en cours de soin	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Prise récente d'alcool ou de drogue	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Claustrophobie	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>

Si vous avez répondu oui à l'un des items, il existe une contre indication à cette technique.

Je soussigné(e)..... Certifie avoir lu les informations concernant la Cryothérapie Corps Entier et avoir répondu sincèrement au questionnaire ci-dessus.

Je m'engage à respecter les consignes de l'opérateur en Cryothérapie et à signaler tout nouveau problème médical avant chaque séance. Je renonce également à tous recours juridiques à l'encontre de l'établissement Cryod'Oc en cas de fausses déclarations.

Téléphone :

Email :

Date et signature: