

Nom : Prénom :

Date de naissance :

Téléphone : E-mail :

Motif de consultation :

Zone souhaitée :

Comment avez-vous connu Cryo-Santé :

Certaines précautions sont nécessaires avant la séance :

1. Changer tout vêtement humide
2. Enlever tout élément métallique (bijoux, piercing...)
3. Détecter toute plaie cutanée récente

Antécédents Médicaux :

Avez-vous un pace maker ou un autre dispositif sous cutané ?	Oui	Non
Etes-vous enceinte, allaitez-vous ?	Oui	Non
Avez-vous eu une césarienne dans les 12 derniers mois ?	Oui	Non
Souffrez vous d'insuffisance circulatoire (syndrome de Raynaud) ?	Oui	Non
Avez-vous une phlébite, une thrombophlébite et/ou un œdème ?	Oui	Non
Avez vous une colique néphrétique, colique hépatique ?	Oui	Non
Avez vous une infection cutanée (aigüe bactérienne ou virale) ?	Oui	Non

**Si vous avez répondu oui à l'un des items, il existe une contre-indication à cette technique. Il est nécessaire d'obtenir un certificat de non contre-indication auprès de votre médecin. Les complications post-séances sont rares mais existent. Des rougeurs, des hématomes peuvent apparaître et disparaîtront dans les heures ou jours suivants la séance. Nos services font l'objet d'une limitation de garantie. Notre action se limite à la mise à disposition de notre matériel en vue de répondre à une demande particulière d'amincissement. Nous n'avons pas d'obligation de résultat puisque ces derniers sont entièrement liés à la personne (épaisseur du tissu adipeux, surpoids,...), au nombre de séances ou au comportement alimentaire et physique de la personne post-soins.

Je soussigné(e) Certifie avoir lu les informations concernant la cryolipolyse et avoir répondu sincèrement au questionnaire ci-dessus. Je m'engage à respecter les consignes de l'opérateur et à signaler tout nouveau problème médical avant chaque séance.

Date

Signature