

**Les informations données ci-dessous sont confidentielles et ne seront traitées que par les membres
habilités de l'équipe CRYO'FEEL**

INFORMATIONS PERSONNELLES

NOM/PRENOM:.....AGE:.....

ADRESSE MAIL:.....TEL:.....

ADRESSE POSTALE:.....

.....

COMMENT NOUS AVEZ VOUS CONNU ? (internet, amis, flyers, autres).....

.....

AVEZ VOUS DEJA EU RECOURS A LA CRYOLIPOLYSE OU A LA LIPOSUCCION?.....

.....

QUELLES ZONES SOUHAITEZ VOUS TRAITER ?.....

CONTRE INDICATIONS A LA PRATIQUE DE LA CRYOLIPOLYSE

A renseigner :

Grossesse.....OUI / NON

Césarienne de moins de 6 mois.....OUI / NON

Chirurgie sur les abdominaux grands droits.....OUI / NON

Insuffisance rénale sévère.....OUI / NON

Diabète.....OUI / NON

Traitement oncologique/tumeurs.....OUI / NON

Maladies auto-immunes.....OUI / NON

Traitement à la cortisone de plus d'1 an ou de plus de 10mg par jour.....OUI / NON

Infections, cicatrices ou blessures dans la zone de traitement.....OUI / NON

Peau très sensible ou affections cutanées (Dermatite).....OUI / NON

Urticaire, rougeurs, œdèmes, varices.....OUI / NON

Prothèses dans les zones de traitement.....OUI / NON

EFFET SECONDAIRES POSSIBLES**Fréquents mais peu persistants dans le temps :**

- Rougeurs
- œdèmes/hématomes
- légère douleur

Rares:

- engourdissement et paresthésies sur quelques jours
- hyperpigmentation
- épisode selles grasses
- nodules cutanés

Je soussigné(e).....certifie avoir lu et compris les informations ainsi que les contre-indications concernant la pratique de la cryolipolyse et avoir répondu sincèrement au questionnaire de santé présenté ci-dessus. Je m'engage à signaler tout nouveau problème médical avant chaque séance. Je certifie sur l'honneur être en mesure de pratiquer une séance de cryolipolyse. Je renonce également à tous recours juridiques à l'encontre de l'établissement CRYO'FEEL en cas de fausses déclarations ou d'effets secondaires énoncés ci-dessus.

Le.....

Signature suivie de la mention "lu et approuvé"

Cependant en cas de doute sur les contre-indications notées ci-dessus concernant votre état de santé, nous vous invitons à vous rapprocher de votre médecin traitant avant votre première séance de cryolipolyse. Merci dans ce cas de lui faire notifier ci-après votre aptitude.

AVIS MEDICAL (à remplir par le médecin)

Je soussigné(e).....Docteur en médecine, avoir examiné à la date du...../...../20.... Monsieur, Madame.....et déclare ne pas constater de manière évidente de contre-indication médicale à la pratique de la cryolipolyse.
Observations:.....
.....

Date, signature et cachet: