



**CERTIFICAT DE NON CONTRE INDICATION À  
LA CRYOTHÉRAPIE CORPS ENTIER**

**Antécédents Médicaux**

Hypertension artérielle non maîtrisée, artériopathie	Oui	Non
Infarctus du myocarde de moins de 6 mois AVC embolie pulmonaire	Oui	Non
Affection respiratoire (asthme, broncho-pneumopathie)	Oui	Non
Syndrome de Raynaud	Oui	Non
Pace maker ou dispositif sous cutané	Oui	Non
Thrombose veineuse profonde / phlébite	Oui	Non
Colique néphrétique, colique hépatique	Oui	Non
Allergie au froid	Oui	Non
Infection cutanée (aiguë bactérienne ou virale)	Oui	Non
Infection aiguë	Oui	Non
Prise récente d'alcool ou de drogue	Oui	Non
Grossesse connue > 3 mois	Oui	Non

**Avis Médical**

Je soussigné ....., docteur en médecine certifiée  
que Mr/Mme .....

Ne présente ce jour aucune des maladies citées ci-dessus contre indiquant la CCE.

Fait à .....

Le .....