

Certificat médical de non contre-indication à la pratique de la cryothérapie corps entier.

Date : .. / .. /

Je soussigné Docteur en Médecine certifie que
Mr - Mme - Mlle a plus de 18 ans* et ne présente aucune
des pathologies suivantes contre-indications absolues à la pratique :

- HTA labile,
- IDM de - de 6 mois,
- insuffisance respiratoire,
- pathologie vasculaire (artériopathie 3 ou 4),
- thrombose veineuse profonde,
- glaucome,
- angor instable,
- anémie sévère,
- infection aigüe (respiratoire, cutanée),
- colique néphrétique,
- appareillage à pile (cardiaque, ORL),
- post-opératoire immédiat,
- cryoglobulinémie.

Pour valoir ce que de droit.

Signature