



# FICHE DE CONTRE-INDICATIONS MEDICALES ET CONSENTEMENT ÉCLAIRÉ

*Pour la pratique de la Pressothérapie*

## Êtes-vous sujet(te) à l'une de ces contre-indications ?

Oui Non

- Altération cardiaque (infarctus récent, arythmie cardiaque, problèmes coronaires).
- Hypertension ou Hypotension artérielle non contrôlée.
- Insuffisance Cardiaque - Rénale - Respiratoire (processus asthmatiques).
- Artériosclérose carotidienne.
- Anévrisme aortique - Hypersensibilité du sein carotidien.
- Cirrhose hépatique avec ascite.
- Oedème Pulmonaire - Cardiaque - Lympho-dynamique - Rénal, avec insuffisance.
- Thrombophlébite - Phlébothrombose (connue ou soupçonnée).
- Thrombose veineuse profonde.
- Altérations circulatoires artérielle et veineuse - Varices oedémateuses - Artériopathie sévère (degré 3 ou 4).
- Lymphoedème malin - Lymphangite.
- Tumeur maligne ou Cancer - Néoplasie, etc.
- Dermatitis ou Maladies inflammatoires aiguës.
- Greffe de peau - Grande chirurgie récente.
- Douleurs - Engourdissements non diagnostiqués.
- Artériosclérose grave ou autres maladies vasculaires - Ischémies.
- Blessures non traitées ou infectées.
- Cicatrices ouvertes - Ulcères cutanés.
- Inflammation grave du membre à traiter.
- Infections aiguës (cellulites pathologiques infectieuses, érysipèle ou tout autre processus infectieux sur la zone à traiter).
- Hémophilie - Altérations de la coagulation - Coagulopathies.
- Fragilité capillaire.
- Vagotomie - Ballon intra-gastrique - By-pass digestif.
- Métrorragies actives - Annexite - Grossesse (ou tout processus algide abdominal).
- Fracture non consolidée - Arthrite inflammatoire.
- Dysfonctionnement thyroïdien non traité.
- Prise d'anticoagulants (Préviscan, Héparine, etc.).
- Pacemaker.
- Douleur soudaine - Nausées.

Nous vous conseillons de boire **2 litres d'eau par jour** pendant la période durant laquelle vous effectuez vos séances de Pressothérapie dans le but d'obtenir plus rapidement le résultat escompté.

Je soussigné(e) ..... certifie avoir lu et compris les informations ainsi que les contre-indications concernant la pratique de la Pressothérapie et avoir répondu sincèrement au questionnaire de santé présenté ci-dessus. Je m'engage à respecter les consignes de l'opérateur et à signaler tout nouveau problème médical avant chaque séance. Je certifie sur l'honneur être en mesure de pratiquer la Pressothérapie. Je renonce également à tout recours juridique à l'encontre de l'établissement **Nicolas Fauvergue Cryothérapie et Bien-Être** en cas de fausses déclarations.

Cependant, en cas de doute sur les contre-indications notées ci-dessus sur votre état de santé, nous vous invitons à vous rapprocher de votre médecin traitant afin qu'il valide votre état de santé à la pratique de la Pressothérapie.

Nom :  
Prénom :  
Date :

Signature précédée de la mention "lu et approuvé"

