



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

Date : ... / ... / ...

Je soussigné(e) Docteur en Médecine certifie que Mr
ou Mme ne présente aucune des pathologies suivantes
(contre - indications absolues à la pratique de la CEE):

- Tension artérielle non régulée.
- Infarctus du myocarde (" crise cardiaque") de moins de 6mois.
- Pacemaker
- Accident Vasculaire Cérébral (AVC).
- Troubles circulatoires : Thrombose veineuse profonde, phlébite, insuffisance circulatoire
- Insuffisance respiratoire
- Angine de poitrine
- Angor instable (douleur importante au milieu de la poitrine)
- **Autres** : Anémie profonde, infection aigüe (respiratoire, cutanée bactérienne ou virale), Colique néphrétique, Post-opératoire immédiat, Cryoglobulinémie, Grossesse connue, Syndrome de Raynaud, polyneuropathies, Artériopathies ,insuffisance valvulaire, rétrécissement valvulaire, trouble du rythme cardiaque.

Pour valoir ce que de droit.

Signature et cachet du médecin.