# FICHE MEDICALE

Nom :
Prénom :
Date de naissance :

## Interrogatoire médical

| | | |
|---|---|---|
| Antécédant cardio vasculaire | Oui ❐ | Non ❐ |
| Pace Maker / dispositif sous cutané | Oui ❐ | Non ❐ |
| Asthme +/- traitement de fond | Oui ❐ | Non ❐ |
| Epilepsie | Oui ❐ | Non ❐ |
| Terrain atopique au froid (allergie) | Oui ❐ | Non ❐ |
| Prise de toxique | Oui ❐ | Non ❐ |
| Traitement : | Oui ❐ | Non ❐ |
| Hospitalisation depuis - de 6 mois | Oui ❐ | Non ❐ |

## Examen clinique

Auscultation cardio-vasculaire

TA : FC :

Plaie

Pouls périphérique

| | | |
|---|---|---|
| Lentilles de contact | Oui ❐ | Non ❐ |

Contre-indication ce jour à la Cryothérapie Corps Entier :

Oui ❐ Non ❐

Observations :

**Nom du médecin :**
Date, signature et cachet