

FICHE MÉDICALE

Nom :

Prénom :

Date de naissance : |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

INTERROGATOIRE MEDICAL

Antécédent cardio-vasculaire	Oui	<input type="checkbox"/>	Non	<input type="checkbox"/>
Pacemaker/dispositif sous-cutané	Oui	<input type="checkbox"/>	Non	<input type="checkbox"/>
Asthme +/- traitement de fond	Oui	<input type="checkbox"/>	Non	<input type="checkbox"/>
Epilepsie	Oui	<input type="checkbox"/>	Non	<input type="checkbox"/>
Terrain atopique au froid (allergie)	Oui	<input type="checkbox"/>	Non	<input type="checkbox"/>
Prise toxique	Oui	<input type="checkbox"/>	Non	<input type="checkbox"/>
Traitement	Oui	<input type="checkbox"/>	Non	<input type="checkbox"/>
Hospitalisation depuis – de 6 mois	Oui	<input type="checkbox"/>	Non	<input type="checkbox"/>

EXAMEN CLINIQUE

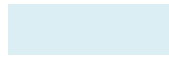
Auscultation cardio-vasculaire

TA :

FC :

Plaie

Pouls périphérique



Contre-indication ce jour à la Cryothérapie Corps Entier: Oui Non

Observations :

.....

.....

Nom du médecin :

(Date, signature et cachet)