

COOLSCULPTING

cryolipolyse

Dr Emmanuel REMY

42 Avenue FOCH - 57000 METZ

docteurremymetz.fr

03 87 36 83 69

Bonjour,

Vous allez être amené(e) à remplir ce formulaire afin que votre séance se passe dans des conditions optimales de sécurité et d'efficacité.

Merci d'y répondre avec le plus de précision possible.

NOM:

PRENOM:

DATE DE NAISSANCE:

ADRESSE:

N° de Telephone:

Adresse mail :

PRECAUTIONS OU CONTRE-INDICATIONS à la cryolipolyse :

Souffrez vous de cryoglobulinémie, d'hémoglobinurie froide paroxystique, ou de la maladie des agglutinines froides ? OUI. NON.

Êtes vous enceinte ou allaitez vous ? OUI NON

Présentez-vous un urticaire au froid ou une maladie de Raynaud, un pernio ou des engelures ? OUI. NON

Avez-vous une sensibilité ou allergie connue à l'alcool isopropylique, au propylène glycol, au fructose ou à la glycérine ? OUI. NON

Avez-vous une circulation périphérique altérée dans la zone du traitement ? OUI. NON.

Souffrez-vous de névralgie post-herpétique ou la neuropathie diabétique ? OUI. NON

Avez-vous des sensations cutanées altérées ? Des plaies ouvertes ou infectées ? OUI NON

Avez-vous des troubles de la coagulation ou utilisez vous des anticoagulants ? OUI. NON

Avez-vous un stimulateur cardiaque, pacemaker ou défibrillateur implanté ? OUI. NON

Prenez-vous des médicaments, et si oui, lesquels ? OUI. NON

Avez-vous subi une chirurgie récente ou présentez-vous un tissu cicatriciel dans la zone à traiter ? OUI. NON

Avez-vous une hernie dans ou à côté du site de traitement ? OUI. NON

Avez-vous des affections cutanées telles que l'eczéma, la dermatite ou des éruptions cutanées dans la zone à traiter ? OUI. NON

Souffrez vous de douleurs chroniques, de fibromyalgie, d'anxiété ? OUI NON

Etes vous mineur(e) ? OUI. NON.

SI VOUS AVEZ REPONDU OUI A UNE DES QUESTIONS, VEUILLEZ EN INFORMER LE Dr REMY.

Je certifie conformes et complètes les informations recueillies dans ce document à la date du
(écrire la date puis signer) :