

# Certificat médical de non contre-indications à la cryolipolyse

Je soussigné, Docteur : \_\_\_\_\_

Demeurant à : \_\_\_\_\_

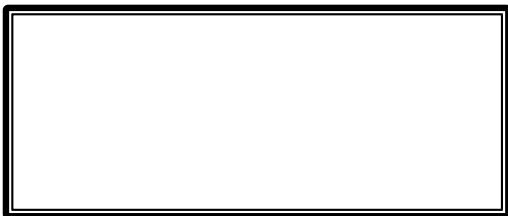
Certifie avoir examiné ce jour Mr / Mme / Melle :

\_\_\_\_\_

Né (e) le : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Demeurant à : \_\_\_\_\_

Et n'avoir pas constaté, à ce jour, de contre-indication à la pratique de la cryolipolyse.

Fait à \_\_\_\_\_, le \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / 20\_\_



Cachet du Médecin

Signature du médecin

Principales contre-indications : antécédent de cancer, femme enceinte, femme allaitant, personne âgée, enfant, obésité importante, flaccidité extrême, hernie ombilicale, hernie inguinales, hernie abdominale, allergie au froid, syndrome de Raynaud, cryoglobulinémie, hypoprotidémie, diabète sévère, maladies du foie, stimulateur cardiaque, implants métalliques, inflammation de la peau, dermatites, blessures, cicatrices récentes, varices ou artérite des membres inférieurs, embolie pulmonaire, menstruations le jour prévu pour la séance, une séance de cryothérapie il y a moins d'un mois.