



## FICHE D'INFORMATION ET DE CONSENTEMENT

### Information

La cryolipolyse est un traitement utilisé pour détruire les cellules graisseuses. Son principe repose sur une température de froid contrôlé de 40°C à 0°C jusqu'à - 10°C

- Peau est brûlée ou blessée Oui  Non
- Peau présente des lésions/taches suspectes ou maladies de la peau Oui  Non
- Grossesse en cours Oui  Non
- Maladies évolutives : hépatiques (foie), coronarienne (infarctus ou angine de poitrine), ulcères de l'estomac ou du duodénum, tumeurs malignes (cancer) Oui  Non
- Cryoglobulinémies (précipitation de protéines anormales au froid pouvant boucher les vaisseaux) Oui  Non
- Maladie de Raynaud avérée (doigts devenant blancs et froids) Oui  Non
- Diabète de type I, Hyper, Epilepsie ou Hypoglycémies Oui  Non
- Maladies infectieuses, fièvres, insuffisances hépatiques, césarienne datant de moins de 3 mois Oui  Non
- Traitement anticoagulant en cours (exemple : warfarine) ou avec des niveaux sanguins instables et un profil de coagulation anormale Oui  Non
- Hypertension et hypotension non traitées Oui  Non
- Fréquence cardiaque en dehors de la normale (60-90 /mn) Oui  Non
- Cicatrices ou blessures en cours sur les zones à traiter Oui  Non
- Maladies variqueuses évoluées ou en cours de traitement (datant de moins de 3 mois) Oui  Non
- Hypoprotéinémies (diminution des protéines dans le sang et la lymphe) Oui  Non
- Prothèses métalliques près de la région à traiter ou pacemaker Oui  Non

J'accepte de pratiquer la cryolipolyse sans encadrement médical

**Si vous avez répondu oui à l'un de ces items, il existe une contre indication à cette technique**

Je soussigné.e ..... certifie avoir lu les informations concernant la Cryolipolyse et avoir répondu sincèrement au questionnaire ci-dessus. Je m'engage à respecter les consignes de l'opérateur et à signaler tout nouveau problème médical avant chaque séance.

Date :

Signature :