So'lutionElectro SALLANCES
Électrostimulation musculaire intégrale

DÉCLARATION DE SANTÉ

et contre-indications

Électrostimulation musculaire intégrale

À compléter avant la première séance
À imprimer et signer, ou à remplir sur écran puis signer avec un lecteur PDF.

01 INFORMATIONS CLIENT

Nom

Prénom

Date de naissance

Profession

Adresse / rue / numéro

Code postal / ville

Adresse e-mail

Téléphone

Objectifs recherchés

Jours souhaités : ☐ Lundi ☐ Mardi ☐ Mercredi ☐ Jeudi

Lieu : ☐ Au studio ☐ À domicile

Disponibilités par jour / créneau horaire :

Contact d'urgence : nom et téléphone

02 CONTRE-INDICATIONS ABSOLUES

Une réponse OUI interdit toute séance EMS intégrale dans le cadre non médical.

01	Affection aiguë, infection bactérienne ou inflammation ?	☐ OUI	☐ NON
02	Opération depuis moins de 2 mois ou zone opérée non cicatrisée ?	☐ OUI	☐ NON
03	Artériosclérose ou trouble de la circulation artérielle ?	☐ OUI	☐ NON
04	Stent ou pontage vasculaire datant de moins de 6 mois ?	☐ OUI	☐ NON
05	Hypertension artérielle non traitée ?	☐ OUI	☐ NON
06	Grossesse en cours ou suspectée ?	☐ OUI	☐ NON
07	Implant électronique actif (pacemaker, défibrillateur implantable...) ?	☐ OUI	☐ NON
08	Trouble du rythme cardiaque (arythmie) ?	☐ OUI	☐ NON
09	Trouble grave de la coagulation ou tendance hémorragique ?	☐ OUI	☐ NON
10	Maladie neurologique, trouble neuronal ou épilepsie ?	☐ OUI	☐ NON
11	Hernie abdominale ou inguinale ?	☐ OUI	☐ NON
12	État sous influence aiguë d'alcool, de drogues ou de substances intoxicantes ?	☐ OUI	☐ NON

So'lutionElectro SALLANCES
Électrostimulation musculaire intégrale

DÉCLARATION DE SANTÉ

Suite du questionnaire et signature

03 CONTRE-INDICATIONS RELATIVES ET SITUATIONS À ÉVALUER

Une réponse OUI nécessite un avis médical et la vérification des consignes du fabricant.

01	Diabète de type 1 ou de type 2 ?	☐ OUI	☐ NON
02	Tumeur ou cancer (actuel ou antécédent) ?	☐ OUI	☐ NON
03	Douleurs dorsales aiguës sans diagnostic ?	☐ OUI	☐ NON
04	Névralgie aiguë ou hernie discale ?	☐ OUI	☐ NON
05	Implant ou prothèse (mammaire, articulaire, dentaire, métallique ou autre) ?	☐ OUI	☐ NON
06	Maladie d'un organe interne, notamment des reins ?	☐ OUI	☐ NON
07	Autre affection cardiovasculaire ?	☐ OUI	☐ NON
08	Mal des transports (cinétose) ?	☐ OUI	☐ NON
09	Œdèmes ou rétention importante de liquide ?	☐ OUI	☐ NON
10	Plaie, brûlure, eczéma ou lésion cutanée près des électrodes ?	☐ OUI	☐ NON
11	Traitement médicamenteux lié aux affections mentionnées ci-dessus ?	☐ OUI	☐ NON

Si OUI à la question 05 (implant ou prothèse) :

Type _____ Localisation _____ Date de pose _____

Implant ou prothèse : toute réponse OUI nécessite une vérification préalable.
La date de pose, à elle seule, ne permet pas d'autoriser une séance.

04 INFORMATIONS COMPLÉMENTAIRES

01	Présentez-vous de l'arthrose ?	☐ OUI	☐ NON
02	Présentez-vous des varices à proximité des électrodes ?	☐ OUI	☐ NON

05 DÉCLARATION ET ENGAGEMENTS

- Je certifie avoir lu et rempli sincèrement ce questionnaire.
- Je signalerai tout changement de santé, de traitement ou toute contre-indication nouvelle.
- Cette déclaration est valable 12 mois à compter de la signature, sauf changement de santé.
- Je fournirai un certificat médical valable 12 mois pour un forfait ou une pratique régulière.
- Je reconnais avoir pris connaissance des CGV et de la validité des séances.
- Je respecterai l'heure du rendez-vous ; tout retard peut écourter la séance.
- Toute annulation à moins de 48 h, ou prestation hors validité, sera décomptée selon les CGV.

Fait à _____ Le (date) _____

Signature obligatoire (mention « Lu et approuvé »)

Signer ici au stylo ou avec l'outil Signature de votre lecteur PDF.