

Drainage lymphatique feuille de décharge :

Je sousigne que je ne souffre pas ou je n’ai pas un de contre-indictaions suivantes :

**Les contre-indications à ce traitement sont :**

* Affections des reins et de la glande surrénale.
* Interdiction d ́utiliser cet appareil avec des patients portant des dispositifs
* artificiels tels que pacemaker.
* Interdiction d ́utiliser cet appareil sur les patients portant des implants artificiels, métalliques ou en silicium
* Les patients avec un œdème lymphatique, des maladies cardiaques, angiomes, maladies vasculaires, cancer, gangrène, une récente anaplastie ou avec une thrombose veineuse profonde (TVP) doivent consultez leur médecin avant de commencer le traitement.
* Des maladies cardiaques, de l’hypertension, une tumeur maligne, une forte fièvre, le corps affaibli.
* **INTERDICTION :** Les patients ayant subi une intervention chirurgicale ne doivent pas utiliser l’appareil jusqu’à leur total rétablissement. Par contre les patients opérés au niveau des organes internes, nerveux ou cérébraux ne peuvent utiliser l ́appareil qu’un an après leur sortie de l ́hôpital.
* Artériosclérose sévère ou autres maladies vasculaires ischémiques.
* Thrombose veineuse profonde ou risque de thrombose veineuse profonde
* Insuffisance cardiaque congestive sévère.
* Toute blessure ou infection aux jambes, bras et abdomen, comme par exemple : gangrène, dermatite, greffe récente de peau.

Par la présente, je reconnais et consens que je puisse, en tant que participant et consens à assumer les risques reliées à la participation à cet activité. Dans le cas d’une blessure ou maladie, ZENETHIK (Leader fitness line Sàrl) n’est pas responsable.

En considérant que le ZENETHIK (Leader fitness line Sàrl) me permette de participer, j’accepte:

• D’assumer tous les risques associés, provenant ou reliés à ma participation;

• D’être le seul, l’unique responsable de toute blessure ou qui peut m’arriver en participant.

Nom : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Lieu  : Sierre

Date : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Signature du participant/e: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_