



FORMULAIRE DE DONNEES DE TRAITEMENT

Nom du patient: _____ Date: _____

Taille: _____ Poids: _____ IMC : _____ TX n°: _____ Age: _____

Zone traitée : _____ Photos avant traitement: Oui / Non

Nbre de PAC utilisés: _____ Plis cutanés : _____ Mesure : _____

PHASE DE CHAUFFE : 0 à 4min			
IRRADIANCE DE DEPART (W/cm2) :			
TEMPS	Procédure de Froid si douleur trop intense	Irradiance modifiée	
INDICE DE SENSATION A LA FIN DE LA PHASE DE CHAUFFE :			
PHASE DE TRAITEMENT : 0 à 21min			
IRRADIANCE DE DEPART (W/cm2) :			
TEMPS	Procédure de Froid si douleur trop intense	Irradiance modifiée (W/cm2)	Indice de sensation après 2 min
INDICE DE SENSATION A LA FIN DE LA PHASE DE TRAITEMENT :			

Sensations ressenties par le patient en phase de traitement:

- Pics de chauffe intense
 Pincements
 Picotements
 Froid

Si 2^{ème} traitement, quels ont été les suites du 1^{er} traitement ?

- Induration ponctuelle
 Induration généralisée sur l'ensemble de la zone
 Sensation de chaleur
 Inconfort au toucher
 Problèmes intestinaux
 Mal de dos
 Autres : _____

Combien de temps ont duré les suites : _____
