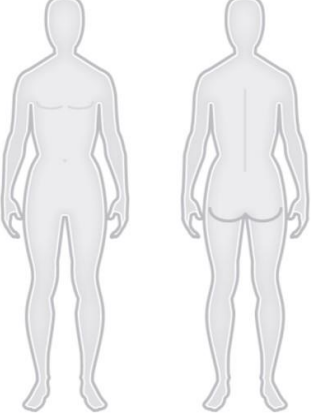
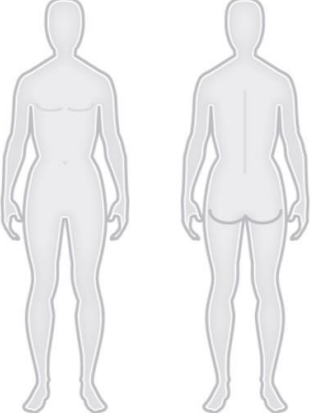


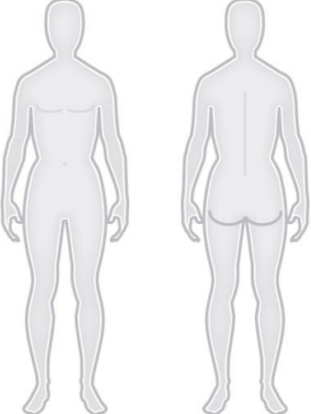
# FORMULAIRE DE PROGRAMMATION DU TRAITEMENT

Nom du patient : \_\_\_\_\_

Identifiant/N° de patient : \_\_\_\_\_

SESSION DE TRAITEMENT # <input style="width: 50px;" type="text"/>	Date : _____ Poids : _____ Assuré par : _____
<p>Positionnement de l'applicateur</p> 	<p>Réglages de la ventouse : <span style="float: right;">Heure de début : _____ Heure de fin : _____</span></p> <p><input type="checkbox"/> Applicateur CoolCore™ : _____ @ _____</p> <p><input type="checkbox"/> Applicateur CoolCurve+™ : _____ @ _____</p> <p><input type="checkbox"/> Applicateur CoolFit™ : _____ @ _____</p> <p><input type="checkbox"/> Applicateur CoolMax™ : _____ @ _____</p> <p><input type="checkbox"/> Applicateur CoolSmooth™/CoolSmooth PRO™ : _____</p> <p><input type="checkbox"/> Applicateur CoolMini™ : _____</p> <p><input type="checkbox"/> Photos prises préalablement au traitement</p> <p><input type="checkbox"/> Massage manuel de 2 minutes après le traitement</p> <p>Commentaires/observations sur le traitement : _____</p> <hr/> <p>Commentaires/observations de suivi : _____ Date : _____ Poids : _____ Assuré par : _____</p> <p><input type="checkbox"/> Photos prises après le traitement</p> <p><input type="checkbox"/> Appel 48 heures après le traitement</p>

SESSION DE TRAITEMENT # <input style="width: 50px;" type="text"/>	Date : _____ Poids : _____ Assuré par : _____
<p>Positionnement de l'applicateur</p> 	<p>Réglages de la ventouse : <span style="float: right;">Heure de début : _____ Heure de fin : _____</span></p> <p><input type="checkbox"/> Applicateur CoolCore™ : _____ @ _____</p> <p><input type="checkbox"/> Applicateur CoolCurve+™ : _____ @ _____</p> <p><input type="checkbox"/> Applicateur CoolFit™ : _____ @ _____</p> <p><input type="checkbox"/> Applicateur CoolMax™ : _____ @ _____</p> <p><input type="checkbox"/> Applicateur CoolSmooth™/CoolSmooth PRO™ : _____</p> <p><input type="checkbox"/> Applicateur CoolMini™ : _____</p> <p><input type="checkbox"/> Photos prises préalablement au traitement</p> <p><input type="checkbox"/> Massage manuel de 2 minutes après le traitement</p> <p>Commentaires/observations sur le traitement : _____</p> <hr/> <p>Commentaires/observations de suivi : _____ Date : _____ Poids : _____ Assuré par : _____</p> <p><input type="checkbox"/> Photos prises après le traitement</p> <p><input type="checkbox"/> Appel 48 heures après le traitement</p>

SESSION DE TRAITEMENT # <input style="width: 50px;" type="text"/>	Date : _____ Poids : _____ Assuré par : _____
<p>Positionnement de l'applicateur</p> 	<p>Réglages de la ventouse : <span style="float: right;">Heure de début : _____ Heure de fin : _____</span></p> <p><input type="checkbox"/> Applicateur CoolCore™ : _____ @ _____</p> <p><input type="checkbox"/> Applicateur CoolCurve+™ : _____ @ _____</p> <p><input type="checkbox"/> Applicateur CoolFit™ : _____ @ _____</p> <p><input type="checkbox"/> Applicateur CoolMax™ : _____ @ _____</p> <p><input type="checkbox"/> Applicateur CoolSmooth™/CoolSmooth PRO™ : _____</p> <p><input type="checkbox"/> Applicateur CoolMini™ : _____</p> <p><input type="checkbox"/> Photos prises préalablement au traitement</p> <p><input type="checkbox"/> Massage manuel de 2 minutes après le traitement</p> <p>Commentaires/observations sur le traitement : _____</p> <hr/> <p>Commentaires/observations de suivi : _____ Date : _____ Poids : _____ Assuré par : _____</p> <p><input type="checkbox"/> Photos prises après le traitement</p> <p><input type="checkbox"/> Appel 48 heures après le traitement</p>