

	Grossesse (autour du foetus)	Grossesse (partout)	Cancer	Tissus Speciaux	Implantes actives (pacemaker etc)	Épiphyses actives	Implantes/Protheses	Insuffisance circulatoire locale	Epilepsie	Saignement actif	Tissus devitalisées	Test thermique peau	Test sharp/blunt peau	
MODALITE														
Non-thermique														
Ultrasound (<1.0MHz)	CI	CI LOCAL	CI LOCAL	Les yeux/génitaux	CI LOCAL	CI LOCAL	PAS D'EFFET	P	PAS D'EFFET	CI	P	si thermique	<input type="checkbox"/>	
Pulsed shortwave	CI	CI	CI LOCAL	Les yeux/génitaux	CI	CI LOCAL	P	P	PAS D'EFFET	CI	P	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Laser	CI	PAS D'EFFET	CI LOCAL	Les yeux/génitaux	PAS D'EFFET	CI LOCAL	PAS D'EFFET	P	PAS D'EFFET	CI	P	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Stimulation Electrique														
Generique	CI	PAS D'EFFET	CI LOCAL	Les yeux/génitaux	CI	CI LOCAL	PAS D'EFFET	P	P	CI Cervicales	CI	P	<input type="checkbox"/>	✓
TENS	CI	PAS D'EFFET	CI LOCAL	Les yeux/génitaux	CI	CI LOCAL	PAS D'EFFET	P	P	CI Cervicales	CI	P	<input type="checkbox"/>	✓
Interferentiel	CI	PAS D'EFFET	CI LOCAL	Les yeux/génitaux	CI	CI LOCAL	PAS D'EFFET	P	P	CI Cervicales	CI	P	<input type="checkbox"/>	✓
Autre frequence basse	CI	PAS D'EFFET	CI LOCAL	Les yeux/génitaux	CI	CI LOCAL	PAS D'EFFET	P	P	CI Cervicales	CI	P	<input type="checkbox"/>	✓
Chaleur														
Infrarouge	PAS D'EFFET	PAS D'EFFET	CI LOCAL	Les yeux	PAS D'EFFET	PAS D'EFFET	PAS D'EFFET	P	PAS D'EFFET	CI	P	✓	<input type="checkbox"/>	
Cire	PAS D'EFFET	PAS D'EFFET	CI LOCAL	Les yeux	PAS D'EFFET	PAS D'EFFET	PAS D'EFFET	P	PAS D'EFFET	CI	P	✓	<input type="checkbox"/>	
Shortwave (cont/pulse)	CI	CI	CI LOCAL	Les yeux/génitaux	CI	CI LOCAL	CI	CI	CI	PAS D'EFFET	CI	P	✓	<input type="checkbox"/>
Microonde	CI	CI	CI LOCAL	Les yeux/génitaux	CI	CI LOCAL	CI	CI	CI	PAS D'EFFET	CI	P	✓	<input type="checkbox"/>
Ultrasound (>1.0MHz)	CI	PAS D'EFFET	CI LOCAL	Les yeux/génitaux	CI LOCAL	CI LOCAL	CI	CI	CI	PAS D'EFFET	CI	P	✓	<input type="checkbox"/>
Pack chaleur	PAS D'EFFET	PAS D'EFFET	CI LOCAL	Les yeux	PAS D'EFFET	P	P	CI	CI	PAS D'EFFET	CI	P	✓	<input type="checkbox"/>
Autre														
Biofeedback (sans stimulation)	PAS D'EFFET	PAS D'EFFET	PAS D'EFFET	PAS D'EFFET	PAS D'EFFET	PAS D'EFFET	PAS D'EFFET	PAS D'EFFET	PAS D'EFFET	PAS D'EFFET	PAS D'EFFET	PAS D'EFFET	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Froid	P	PAS D'EFFET	CI LOCAL	Les yeux	PAS D'EFFET	PAS D'EFFET	PAS D'EFFET	CI	PAS D'EFFET	PAS D'EFFET	P	✓	<input type="checkbox"/>	
Radiation UV	P	P	CI LOCAL	Les yeux	PAS D'EFFET	PAS D'EFFET	PAS D'EFFET	PAS D'EFFET	CI	CI	CI LOCAL	Special	<input type="checkbox"/>	

Contrindication
Contrindication Local
Precaution
Pas d'effet negatif connu

*Credit-Prof. Tim Watson