

Fiche d'informations médicales et de consentement éclairé

Nom :
Prénom :
Date de naissance : Age :
E-mail : Téléphone :

Informations

La cryothérapie corps entier (CCE) est une « thérapie par le froid ». Elle est pratiquée en séance de 3 minutes à une température comprise entre -120°C et -140°C, en respectant un certain protocole de sécurité.

Précautions avant la séance

- Tenue règlementaire pour protéger les extrémités du corps :
Gants, chaussettes, chaussons et maillot de bain
- Relever et attacher ses cheveux
- Enlever tout élément métallique (bijoux, piercing...)
- A l'aide d'un sparadrap, protéger toute plaie cutanée et cicatrice récente
- Etat de sobriété exigé (pas de drogue, alcool ...)
- Ne pas appliquer de crème corporelle au moins 3 heures avant la séance
- Pas d'activité sportive une demi-heure auparavant
- Pas de douche ou de bain une demi-heure auparavant
- Pas d'épilation ou de peau rasée la veille ou le jour même
- Changer tout vêtement humide

Consignes en cours de séance

A l'intérieur de la cabine :

- En position debout, les bras le long du corps, placez vos pieds sur les empreintes de la plateforme
- Inspirez par le nez et expirez par la bouche
- Ne pas se frotter la peau durant la séance
- Ne pas taper la surface de son corps avec ses mains
- Ne pas toucher les parois de la cabine

Une fois la séance de cryothérapie corps entier terminée, un temps de repos est nécessaire. A noter qu'il ne faut pas effectuer d'effort physique ou d'entraînement sportif dans un délais de 40 minutes après la séance.

Etes-vous sujet(te) à l'une de ces contre-indications absolues ?

Hypertension artérielle non soignée	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Infection aiguë ou Insuffisance respiratoire sévère	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Infarctus du myocarde de – de 6 mois	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Insuffisance circulatoire aiguë	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Angine de poitrine	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Pace Maker / dispositif cardiaque sous cutané	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Artériopathie de stade 3 ou 4	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Thrombose veineuse profonde	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Colique néphrétique chronique	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Anémie profonde	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Allergie au froid intense	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Cryoglobulinémie	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Infection cutanée aiguë bactérienne ou virale	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Hypothyroïdie	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Infection profonde aiguë	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Cancer	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Infection cutanée aiguë bactérienne ou virale	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Crise de goutte	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Drépanocytose	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Epilepsie	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Grossesse	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>

Etes-vous sujet(te) à l'une de ces contre-indications relatives ?

Trouble du rythme cardiaque	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Insuffisance valvulaire	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Rétrécissement valvulaire	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Artériopathie stade 1 et 2	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Cardiopathie ischémique	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Syndrome de Raynaud très prononcé	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Polyneuropathies ou troubles de la sensibilité	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>

Problème de santé connu :
.....
Antécédents médicaux et chirurgicaux :
.....

Objectif de la séance de cryothérapie corps entier : (ex. récupération sportive, bien-être, stress, insomnies...)
.....

Les séances sont effectuées sous contrôle d'un membre de l'équipe formé et habilité. Notre établissement dispose de toutes les assurances légales à la pratique de la cryothérapie corps entier ainsi que les certificats de conformité pour notre machine.

Je soussigné(e) certifie avoir lu et compris les informations ainsi que les contre-indications concernant la pratique de la cryothérapie corps entier et avoir répondu sincèrement au questionnaire de santé présenté ci-dessus. Je m'engage à respecter les consignes de l'opérateur en cryothérapie corps entier et à signaler tout nouveau problème médical avant chaque séance. Je certifie sur l'honneur être en mesure de pratiquer la cryothérapie corps entier. Je renonce également à tous recours juridique à l'encontre de l'établissement en cas de fausses déclarations.

Cependant, en cas de doute sur les contre-indications notées ci-dessus sur votre état de santé, nous vous invitons à vous rapprocher de votre médecin traitant afin qu'il valide votre état de santé à la pratique de la cryothérapie corps entier en remplissant l'avis médical ci-dessous.

Le : ____ / ____ / _____ Signature suivie de la mention « lu et approuvé »