

FICHE D'INFORMATION MEDICALE ET DE CONSENTEMENT

Nom :

Prénom :

Date de naissance :

Téléphone : Email :

INFORMATIONS

La Cryothérapie Corps Entier (CCE) est une « thérapie par le froid ». Le corps humain peut supporter pendant quelques minutes des températures froides extrêmes à -160°C dans les conditions suivantes :

- L'air froid est sec et sans mouvement
- La peau est sèche, sans crème ou produit quelconque
- Les extrémités et parties sensibles du corps sont protégées
- Aucune partie métallique en contact avec la peau, piercing, bijoux ... ne sera exposée à l'air froid.

PRECAUTIONS NECESSAIRES

- Pas d'activité sportive ½ heure avant la séance
- Pas d'exposition au soleil après la séance
- Pas de douche ou de bain ½ heure avant la séance
- Ne porter aucun vêtement ou sous-vêtement humide
- Essuyer ou sécher toute partie corporelle humide
- Pas de rasage ou épilation avant la séance
- Essuyer toute crème, gel de massage ou cosmétique
- Enlever tout élément métallique (bijoux, piercing ...)
- Protéger toutes blessures cutanées, cicatrices fraîches et plaies ouvertes de l'action contre le froid
- Etat de sobriété exigé (drogue, alcool...)

COMPORTEMENT LORS DE LA SEANCE

Ne pas agiter, bouger brusquement les membres. Tourner sur vous-même doucement dans la cabine.

Merci d'apporter votre tenue : une paire de gants en coton / polaire / laine, de chaussettes hautes ou guêtres en laine / coton, un short et un t-shirt ou brassière pour les femmes.

CONTRE-INDICATIONS

- Tension artérielle élevée, non soignée	oui	non
- Insuffisance respiratoire sévère	oui	non
- Infarctus, insuffisance coronarienne,	oui	non
- Insuffisance respiratoire aigüe	oui	non
- Angine de poitrine	oui	non
- Dispositif sous-cutané, Pace Maker	oui	non
- Troubles du rythme cardiaque	oui	non
- Insuffisance cardiaque	oui	non
- Artériopathies micro-angiopathie	oui	non
- Colique néphrétique chronique	oui	non
- Anémie profonde	oui	non
- Syndrome et maladie de Raynaud	oui	non
- Hyper sensibilité au froid / Allergie au froid intense	oui	non
- Infection cutanée aigüe bactérienne ou virale	oui	non
- Polyneuropathies et troubles de la sensibilité	oui	non
- Maladies rénales et de la vessie	oui	non
- Affection intercurrente non stabilisée	oui	non
- Grossesse > 4 mois	oui	non
- Insuffisance valvulaire	oui	non

Le strict respect des précautions affichées dans la salle ainsi que les recommandations du personnel vous garantissent une séance dans les meilleurs conditions de confort et de succès.

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'opératrice en Cryothérapie Corps Entier et à signaler tout nouveau problème médical avant chaque séance. Je certifie sur l'honneur être en mesure de pratiquer une séance de Cryothérapie Corps Entier. Je renonce également à tous recours juridiques 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 »

AVIS MEDICAL

(à remplir par le médecin traitant)

Je soussigné(e), Docteur en médecine, avoir
examiné à la date du / /, Monsieur, Madame
et déclare ne pas constater de manière évidente de contre-indication médicale à la pratique
de la Cryothérapie Corps Entier (CCE).

TA : FC :

Poids : Taille :

Observations

.....
.....

Date, signature et cachet (*merci d'indiquer vos coordonnées téléphoniques si celles-ci n'apparaissent pas sur le cachet*)