



FICHE DE RENSEIGNEMENTS ET DE CONSENTEMENT ÉCLAIRÉ

Date :

Nom : Prénom :

Date de naissance :

Téléphone :

Adresse mail :

Adresse postale :

Code postal : Ville :

Pathologie(s) :

TA :

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 -110°C et -140°C, en protégeant toutes les extrémités.

Les séances de Cryothérapie Corps Entier sont effectuées au sein d'un centre thérapeutique et encadrées par du personnel paramédical habilité à assurer les séances.

CryoAlp'Santé dispose des assurances légales à la pratique de la Cryothérapie Corps entier pour sa machine de marque JUKA.

Précautions nécessaires avant la séance

- ✓ Pas d'activité sportive 30 min avant la séance
- ✓ Pas de douche ou de bain 30 min avant la séance
- ✓ Changer tout vêtement humide
- ✓ Enlever tout élément métallique (bijoux, ...)
- ✓ Détecter toute plaie cutanée récente et protéger les cicatrices
- ✓ Etat de sobriété exigé (alcool, drogues, ...)
- ✓ Pour les femmes, munissez-vous de maillot de bain ou sous-vêtements sans armatures
- ✓ Retirer les lentilles de contact
- ✓ Etre totalement sec (cheveux, corps et vêtement)
- ✓ Ne pas appliquer de crème corporelle au moins 3 heures avant la séance
- ✓ Apporter si possible vos propres gants, peignoirs et chaussettes pour protéger les extrémités corporelles

Comment se comporter durant la séance

- ✓ Respirer normalement et calmement
- ✓ Ne pas battre les mains, ne pas frotter ou taper la surface du corps
- ✓ Ne toucher ni les parois, ni les échangeurs de chaleur

Contre-Indications absolues à la pratique de la Cryothérapie

(Consensus médical à Bad Vöslau-Autriche Février 2006)

Hypertension artérielle non soignée	Oui	Non
Insuffisance respiratoire sévère	Oui	Non
Infarctus du myocarde de moins de 6 mois	Oui	Non
Drépanocytose	Oui	Non
Insuffisance rénale	Oui	Non
Angine de poitrine	Oui	Non
Pace Maker/dispositif cardiaque sous cutanée	Oui	Non
Artériopathie de stade 3 ou 4	Oui	Non
Thrombose veineuse profonde	Oui	Non
Hypothyroïdie	Oui	Non
Infection respiratoire aiguë	Oui	Non
Colique néphrétique chronique	Oui	Non
Anémie profonde	Oui	Non
Allergie au froid intense	Oui	Non

Infection cutanée aiguë bactérienne ou virale	Oui	Non
Infection profonde aiguë	Oui	Non
Crise de goutte	Oui	Non
Bronchopathie aiguë	Oui	Non
Grossesse	Oui	Non
Cancer	Oui	Non

À renseigner, cependant non contre-indiqué

(Consensus médical à Bad Vöslau-Autriche Février 2006)

Trouble du rythme cardiaque	Oui	Non
Insuffisance valvulaire	Oui	Non
Rétrécissement valvulaire	Oui	Non
Artériopathie stade 1 et 2	Oui	Non
Syndrome de Raynaud prononcé	Oui	Non
Cardiopathie ischémique	Oui	Non
Polyneuropathies	Oui	Non

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 présent 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 une séance de Cryothérapie Corps Entier. Je renonce également à tout recours juridique à l'encontre de l'établissement CryoAlp'Santé en cas de fausses déclarations.

Cependant, si vous avez plus de 60 ans ou en cas de doutes 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 en remplissant l'avis médical ci-dessous.

Le / / 20.....

Signature précédée de la mention " lu et approuvé " .