



Fiche médicale et de consentement éclairé

Nom :
Prénom :
Date de naissance :
Pathologie, laquelle.....Récupération Sportive, quel sport.....
Adresse :
.....
Téléphone : Email :

Informations La Cryothérapie Corps Entier (CCE) est une « thérapie par le froid », elle est pratiquée en séance de 2 à 3 minutes à une température de -110°C, en protégeant toutes les extrémités. Les séances de Cryothérapie Corps Entier sont effectuées au sein d'un centre thérapeutique et encadré par du personnel paramédical formé et habilité à assurer les séances.

Avant la séance, quelques précautions sont nécessaires :

- Pas d'activité sportive 1 heure auparavant
- Pas de douche ou de bain 1 heure auparavant
- Séchage des cheveux avant la séance
- Enlever tout élément métallique (bijoux, piercing...)
- Enlever vos lentilles de contact
- Protéger par un pansement occlusif toute plaie ou cicatrice récente
- Etat de sobriété exigé (drogue, alcool ...)

Et durant la séance :

- Inspirer l'air par le nez, expirer par la bouche (l'expiration est 2 fois plus longue que l'inspiration)
- Ne pas battre les mains, ne pas froter ou taper la surface du corps. Pas de geste brusque.
- Ne toucher ni les parois, ni les échangeurs de chaleur
- **Indiquer tout élément inhabituel ou toute inquiétude que vous auriez à l'opérateur.**

Contre-indication nécessitant un avis médical :

- Hypertension artérielle non soignée	oui	non
- Insuffisance respiratoire sévère	oui	non
- Infarctus du myocarde de – de 6 mois	oui	non
- Insuffisance circulatoire aiguë	oui	non
- Artériopathie de stade 3 ou 4	oui	non
- Thrombose veineuse profonde en cours de traitement	oui	non
- Anémie profonde	oui	non
- Allergie au froid intense	oui	non
- Cryoglobulinémie	oui	non
- Infection cutanée aiguë bactérienne ou viral	oui	non
- Infection profonde aiguë	oui	non
- Syndrome de Reynaud sévère	oui	non
- Grossesse	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 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 une séance de Cryothérapie Corps Entier. Je renonce également à tous recours juridiques à l'encontre de l'établissement le cryomédic center en cas de fausses déclarations. Cependant en cas de doute sur les contre-indications notées ci-dessus sur votre état de santé et/ou si vous n'avez pas consulté votre médecin traitant depuis un certain temps, nous vous invitons à vous rapprocher de ce dernier afin qu'il valide votre état de santé à la pratique de la Cryothérapie Corps Entier en remplissant l'avis médical ci-dessous.

Le/...../20..... Signature suivie de la mention « lu et approuvé »

AVIS MÉDICAL (à remplir par le médecin)

Je soussigné(e)....., Docteur en médecine, avoir examiné à la date du/...../20....., Monsieur, Madame et déclare ne pas constater de manière évidente de contre-indication médicale à la pratique de la Cryothérapie Corps Entier.

TA :

FC :

Poids :

Taille :

Observations à l'attention du médecin traitant :

Si vous désirez des informations complémentaires sur cette technologie, n'hésitez pas à nous contacter au 03.45.51.26.30 par email au contact@cryomedic.fr