

CRYOFAST

CENTRE DE CRYOTHÉRAPIE CORPS ENTIER

FICHE INFORMATION ET CONSENTEMENT

Informations

La Cryothérapie Corps Entier (CCE) est un traitement par le froid, la séance dure entre 1 à 3 minutes de -110°C à -180°C en températures extrêmes.

Certaines précautions sont nécessaires avant la séance :

- Pas d'activité sportive 1/2 heure auparavant
- Pas de douche ou de bain 1/2 heure auparavant
- Changer tout vêtement humide
- Enlever tout élément métallique (bijoux, piercing...)
- Détecter toute plaie cutanée récente
- Protéger les cicatrices (sparadraps...) et les zones sensibles au froid
- Intervention chirurgicale de moins de six mois

Antécédents Médicaux

Cardio-vasculaire

- | | | |
|--|------------------------------|------------------------------|
| • Pace-maker – Dispositif cardiaque sous-cutané | Oui <input type="checkbox"/> | Non <input type="checkbox"/> |
| • Infarctus du myocarde de moins de 6 mois, AVC embolie pulmonaire | Oui <input type="checkbox"/> | Non <input type="checkbox"/> |
| • Angine de poitrine | Oui <input type="checkbox"/> | Non <input type="checkbox"/> |
| • Hypertension artérielle non stabilisée (> 160/100 mmHg) | Oui <input type="checkbox"/> | Non <input type="checkbox"/> |
| • Artériopathie, microangiopathie | Oui <input type="checkbox"/> | Non <input type="checkbox"/> |
| • Trouble thrombo-embolique constitué (phlébite) | Oui <input type="checkbox"/> | Non <input type="checkbox"/> |
| • Syndrome/maladie de Raynaud | Oui <input type="checkbox"/> | Non <input type="checkbox"/> |
| • Cryoglobulinémie (présence anormale dans le sang de protéines (appelées cryoglobulines)) | Oui <input type="checkbox"/> | Non <input type="checkbox"/> |

Respiratoires

- | | | |
|--|------------------------------|------------------------------|
| • Asthme non stabilisé - Asthme bronchique | Oui <input type="checkbox"/> | Non <input type="checkbox"/> |
| • Broncho-pneumopathie | Oui <input type="checkbox"/> | Non <input type="checkbox"/> |
| • Insuffisance respiratoire | Oui <input type="checkbox"/> | Non <input type="checkbox"/> |

Neurologiques

- | | | |
|--|------------------------------|------------------------------|
| • Epilepsie | Oui <input type="checkbox"/> | Non <input type="checkbox"/> |
| • Polyneuropathies, troubles de la sensibilité | Oui <input type="checkbox"/> | Non <input type="checkbox"/> |

Autres

- | | | |
|--|------------------------------|------------------------------|
| • Maladie rénale et de la vessie | Oui <input type="checkbox"/> | Non <input type="checkbox"/> |
| • Colique néphrétique | Oui <input type="checkbox"/> | Non <input type="checkbox"/> |
| • Tumeur, cancer en cours de soin | Oui <input type="checkbox"/> | Non <input type="checkbox"/> |
| • Etat infectieux (grippe, fièvre) | Oui <input type="checkbox"/> | Non <input type="checkbox"/> |
| • Affection intercurrente non stabilisée (Maladie qui se déclenche au cours d'une autre) | Oui <input type="checkbox"/> | Non <input type="checkbox"/> |
| • Grossesse connue / Allaitement | Oui <input type="checkbox"/> | Non <input type="checkbox"/> |
| • Prise récente d'alcool ou de drogue | Oui <input type="checkbox"/> | Non <input type="checkbox"/> |
| • Allergie au froid | Oui <input type="checkbox"/> | Non <input type="checkbox"/> |

Si vous avez répondu oui à l'un de ces items, il existe une contre indication à cette technique

Je soussigné certifie avoir lu les informations concernant la Cryothérapie Corps Entier et avoir répondu sincèrement au questionnaire ci-dessus. Je m'engage à respecter les consignes de l'opérateur et à signaler tout nouveau problème médical avant chaque séance.

Date :

Signature :