

## FICHE D'INFORMATION MEDICALE ET DE CONSENTEMENT ECLAIRE

Nom : ..... Prénom : .....

Date de naissance : .....

Pathologie, laquelle : .....

Récupération sportive, quel sport : .....

Bien-être : quel objectif : .....

Adresse : .....

Tél. : ..... Email : .....

### 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 -115°C et -145°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 formé et habilité à assurer les séances. CRYOALPES dispose des assurances légales à la pratique de la Cryothérapie Corps Entier ainsi qu'un CE médical pour sa machine de marque JUKA.

### CERTAINES PRECAUTIONS SONT NECESSAIRES AVANT LA SEANCE

- ✓ 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, ...)
- ✓ Etat de sobriété exigé (drogue, alcool ...)

### COMMENT SE COMPORTEUR DURANT LA SEANCE

- ✓ 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 frotter ou taper la surface du corps
- ✓ Ne toucher ni les parois, ni les échangeurs de chaleur

Une tenue pour l'occasion vous est fournie, elle se constitue de gants en coton/polaire/laine, de chaussettes hautes ou guêtres en laine/coton et de sabots en bois.

Munissez-vous d'un maillot de bain ou caleçon ou short pour les hommes et d'un maillot de bain ou short et brassière en coton pour les femmes.

### CONTRE-INDICATIONS ABSOLUES (\*)

(\*) Consensus médical à Bad Vöslau – Autriche (Février 2006)

Hypertension artérielle <b>non soignée</b>	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Insuffisance respiratoire sévère (asthme, bronchopneumopathie)	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Infarctus du myocarde de – de 6 mois, AVC	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, phlébite, embolie pulmonaire	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Colique néphrétique chronique, colique hépatique	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Epilepsie	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"/>
Infection profonde aiguë	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Prise d'alcool ou de drogues	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>

## CONTRE-INDICATIONS RELATIVES (\*)

(\*) Consensus médical à Bad Vöslau – Autriche (Février 2006)

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	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Polyneuropathies	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Hypothyroïdie	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Vascularites	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Grossesse	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>

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 **CRYOALPES** 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.**

A ..... le ..... / ..... / ..... Signature suivie de la mention « lu et approuvé »

## AVIS MEDICAL

(à remplir par le médecin)

Je soussigné(e)....., Docteur en médecine, certifie avoir examiné à la date du ..... /..... /..... Madame, Monsieur ..... 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 :

.....  
.....

### DATE, SIGNATURE ET CACHET :

(merci d'indiquer vos coordonnées téléphoniques si celles-ci n'apparaissent pas sur le cachet)