

CRYOTHERAPIE SUD-EST

Centre Médical Le Coudoulet
700 rue Albin Durand
84100 Orange

Fiche d'Information Médicale et de consentement éclairé

(à imprimer et à apporter complétée le jour de votre séance)

Ce document constitue une notice explicative des risques et bénéfices de la technique de Cryothérapie que vous souhaitez réaliser.

Il constitue une décharge de responsabilité de la personne qui vous prend en charge et qui a commenté ces informations générales, en les adaptant à votre situation particulière.

Nom : Prénom :

Age : Téléphone portable :

Ville :

Raison de votre venue :

Pathologie / Récupération Sportive / Bien-être/1^{ère} Cryo (rayer la mention inutile)

Si pathologie, laquelle.....

Quel est votre sport.....

Quel club :

Informations :

La Cryothérapie Corps Entier (CCE) est une « thérapie par le froid » pratiquée en séance(s) de 2 à 3 minutes à une température comprise entre -110°C et -150°C.

Certaines précautions à prendre avant la séance :

- ↺ Pas d'activité sportive au minimum 1/2 heure avant
- ↺ Pas de douche ou de bain au minimum 1/2 heure avant (pas de crème hydratante, d'huile sèche ou d'épilation la veille ou le jour même)
- ↺ Porter des vêtements secs (maillot de bain, short, chaussettes)
- ↺ Enlever tout élément métallique au niveau du corps (bijoux, piercing...)
- ↺ Protéger les cicatrices et toute plaie cutanée récente (sparadraps...)
- ↺ Sobriété exigée (drogue, alcool ...)
- ↺ Prévenir le thérapeute habilité à encadrer la séance de tout nouveau problème de santé

Comment se comporter durant la séance

- ↺ Inspirer l'air par le nez, expirer par la bouche (l'expiration est 2 fois plus longue que l'inspiration)
- ↺ Se déplacer en rond ou sur place par petits pas dans la cabine de Cryothérapie
- ↺ Garder les mains hors de la cabine et bouger les doigts (possibilité de mettre des gants)

Les personnes atteintes des pathologies suivantes ne peuvent faire des séances de cryothérapie que sous réserve d'un accord de leur médecin traitant et d'un suivi spécifique (accord similaire à celui accordé pour une activité physique) :

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"/>
Cardiopathie ischémique :	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Polyneuropathie :	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>

La Cryothérapie est interdite en cas de :

Hypertension artérielle non contrôlée :	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Avoir fait un AVC :	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Pace Maker / dispositif cardiaque sous cutané :	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Thromboses veineuses profondes :	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Allergies au froid syndrome de Raynaud :	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Prise d'alcool ou de drogues avant la séance :	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Grossesse :	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Prise d'anticoagulant :	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>

A ce jour, prenez-vous un traitement prescrit par un médecin, si oui, lequel et pourquoi ? :

Je soussigné(e).....certifie avoir lu et compris les informations ainsi que les contre-indications concernant la pratique de la CCE et avoir répondu sincèrement au questionnaire de santé présenté ci-dessus. Je m'engage à respecter les consignes du thérapeute en CCE et à signaler tout nouveau problème médical avant chaque séance.

Je certifie sur l'honneur être en mesure de pratiquer une séance de CCE.

Je renonce également à tous recours juridiques à l'encontre de CRYOTHERAPIE SUD-EST 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 CCE en remplissant l'avis médical présent ci-dessous ou à demander au thérapeute CCE.

Le/...../20.....

Signature suivie de la mention « lu et approuvé »