



Fiche d'information médicale et de consentement éclairé

Nom :

Prénom :

Date de naissance :

Pathologie Laquelle

Récupération Sportive Lequel

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 comprise entre -120°C et -140°C , en protégeant toutes les extrémités.

Les séances de Cryothérapie Corps Entier sont effectuées au sein d'un espace dédié et encadrées par du personnel formé et habilité à assurer les séances.

La Maison du Mieux-être dispose des assurances légales à la pratique de la Cryothérapie Corps Entier ainsi qu'un CE médical pour sa machine de marque JUKA.

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

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 par petits pas dans la chambre de Cryothérapie
- 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 par la Maison du Mieux-être, elle se constitue de gants en polaire, d'un peignoir en coton, de chaussettes hautes ou guêtres en laine, de sabots en bois.

Munissez-vous d'un short ou d'un maillot de bain sans armatures ou brassière pour les femmes.

Contre-indications absolues*

**Consensus médical à Bad Vöslau - Autriche Février 2006*

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
Angine de poitrine	Oui	Non
Pace Maker / dispositif cardiaque sous cutané	Oui	Non
Artériopathie de stade 3 ou 4	Oui	Non
Thrombose veineuse profonde	Oui	Non
Colique néphrétique chronique	Oui	Non
Anémie profonde	Oui	Non
Allergie au froid intense	Oui	Non
Cryoglobulinémie	Oui	Non
Infection cutanée aiguë bactérienne ou virale	Oui	Non
Infection profonde aiguë	Oui	Non

A 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
Cardiopathie ischémique	Oui	Non
Syndrome de Raynaud très prononcé	Oui	Non
Polyneuropathies	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 la Maison du mieux-être en cas de fausses déclarations.

Pendant 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.

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

Signature suivie de la mention « lu et approuvé »

AVIS MEDICAL

(à remplir par le médecin)

Je soussigné(e)....., Docteur en médecine, avoir examiné à la date du/...../20....., Mr, Mme 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

.....
.....

Souhaitez-vous essayer une séance de CRYOTHERAPIE CORPS ENTIER Oui £ Non £

Désirez-vous des informations complémentaires sur cette technologie Oui £ Non £

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