



## FICHE D'INFORMATION ET DE CONSENTEMENT

### Information

La cryothérapie est un traitement par le froid. Une séance dure entre 1 à 3 minutes de -110° à -160°.

### **Certaines précautions sont à prendre avant une séance :**

- Pas d'activité sportive 30 minutes auparavant
- Pas de douche ou de bain 30 minutes 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 6 mois
- Peau non huilée/ crémée/ humide

### **Antécédents médicaux :**

#### Cardio-vasculaire

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

#### Respiratoires

- Asthme non stabilisé - Asthme bronchique Oui  Non
- Broncho-pneumopathie Oui  Non
- Insuffisance respiratoire Oui  Non

#### Neurologiques

- Epilepsie Oui  Non
- Polyneuropathies, trop de la sensibilité Oui  Non

### **En cours :**

- Maladie rénale et de la vessie Oui  Non
- Colique néphrétique Oui  Non
- Tumeur, cancer en cours de soin Oui  Non
- Etat infectieux (grippe, fièvre) Oui  Non
- Affection intercurrente non stabilisée (*maladie qui se déclenche au cours d'une autre*) Oui  Non
- Grossesse connue / allaitement Oui  Non
- Prise récente d'alcool ou de drogue Oui  Non
- Allergie au froid Oui  Non

J'accepte de pratiquer la cryothérapie corps partiel sans encadrement médical

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

Je soussigné.e ..... 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 :