



CENTRE DE SOINS HO DOULEUR

CONSENTEMENT ECLAIRE POUR LA CRYOTHÉRAPIE

2 rue Puyfourcat – 77670 VERNOU LA CELLE SUR SEINE

Vous devez prendre votre tension et l'indiquer ici : _____ (à prendre au centre)

Nom.....

Prénom :.....

Date de naissance :.....

Pathologie, laquelle..... Récupération Sportive, quel sport.....

Adresse :

Téléphone :.....Email :.....

Informations

La Cryothérapie Corps Entier est une « thérapie par le froid », elle est pratiquée en séance de 3 minutes à une température comprise entre -30°C et -110°C, en protégeant toutes les extrémités.

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
- Ôter tout vêtement humide
- Enlever tout élément métallique (bijoux, piercing...)
- Détecter toute plaie cutanée récente, protéger les cicatrices (sparadraps,...)
- État 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)
- Ne pas battre les mains, ne pas frotter ou taper la surface du corps
- Ne toucher ni les parois, ni les échangeurs de chaleur

Prévoir une tenue pour l'occasion

- Gants chauds
- Chaussettes chaudes
- Bonnet
- Maillot de bain (pour les femmes, pas d'armature en métal!)
- Paire de claquettes propres (en plastique ou en mousse)
- Masque (port du masque obligatoire pendant toute la séance)

Contre-indications absolues

- | | | |
|---|------------------------------|------------------------------|
| • Hypertension artérielle non soignée | Oui <input type="checkbox"/> | Non <input type="checkbox"/> |
| • Insuffisance respiratoire sévère | Oui <input type="checkbox"/> | Non <input type="checkbox"/> |
| • Infarctus du myocarde de – de 6 mois | 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 | Oui <input type="checkbox"/> | Non <input type="checkbox"/> |
| • Colique néphrétique chronique | 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"/> |

A renseigner cependant non contre-indiqué

- 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'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 en cas de fausses déclarations.

Tension ArtérielleFréquence Cardiaque.....

Cependant en cas de doute sur les contre-indications notées ci-dessus sur votre état de santé et/ou si vous n'avez pas consulté votre médecin traitant depuis un certain temps, nous vous invitons à vous rapprocher de ce dernier 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, déclare avoir examiné à la date du/...../20....., Monsieur, Madame et déclare ne pas constater de manière évidente de contre-indication médicale à la pratique de la Cryothérapie Corps Entier.

Tension ArtérielleFréquence Cardiaque.....

Poids : Taille :

Observations

Souhaiteriez-vous essayer une séance de CRYOTHÉRAPIE 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)