

FICHE D'INFORMATIONS ET DE CONSENTEMENT ÉCLAIRÉ

VOTRE SÉANCE DE CRYOTHÉRAPIE

La Cryothérapie Corps Entier est une thérapie d'appoint par le froid. Elle est pratiquée en séance de 3 min à une température comprise entre -140°C et -160°C en protégeant toutes les extrémités. Les séances de cryothérapie corps entier sont effectuées au sein d'un centre spécialisé et encadrées par du personnel formé et habilité à assurer les séances.

La cryothérapie corps entier n'est pas un acte médical et ne se substitue pas à votre traitement. CRYO ADVANCE dispose des assurances légales à la pratique de la Cryothérapie Corps Entier ainsi qu'un Certificat d'Exploitation Médical pour sa machine de marque JUKA.

PRÉCAUTIONS AVANT SÉANCE

Toute personne âgée de 60 ans et plus devra présenter un avis médical favorable pour sa séance de cryothérapie corps entier

- Pas d'activité sportive 1/2 heure auparavant
- Pas de douche de bain ou de crème hydratante 1/2 heure auparavant
- Changer tout vêtement humide
- Retirez tout élément métallique (piercing, bijoux)
- Détecter toute plaie cutanée très récente. Demander à les protéger
- Etat de sobriété exigé (alcool, drogue)





PRÉCAUTIONS DURANT LA SÉANCE

- Inspirer l'air par le nez et expirez par la bouche
- Faire des rotations par petits pas dans la machine de cryothérapie
- Ne pas battre des mains, ne pas frotter ou taper la surface du corps

Notes (réservées au cryothérapeute)

INFOS PERSONNELLES



 Prénom _____
 Nom _____
 Date de naissance _____ Age _____
 N°Tel _____
 Adresse Mail _____
 Adresse Postale _____
 Ville _____ CP _____

Comment nous avez-vous connu ?

Internet Connaissance Médecin Kiné

Nom de votre praticien _____

Autres : précisez _____

LES RAISONS DE VOTRE VENUE



Pathologie / laquelle _____
 Blessures / lesquelles _____
 Douleurs Chroniques / lesquelles _____
 Préparation à l'effort _____
 Récupération Sportive _____
 Mieux Etre (stress, insomnie, gestion du poids)

ANTÉCÉDANTS MÉDICAUX / CHIRURGICAUX



Avez vous été opéré sur les 2 dernières années ? OUI NON
 Si OUI quelle opération : _____
 Suivez vous un traitement actuellement ? OUI NON
 Si OUI lequel : _____

PRATIQUEZ VOUS UN SPORT



Lequel ? _____ Quel Club: _____

A Quels niveaux: Loisir Amateur Confirmé

Vos informations données ci-dessus sont confidentielles et ne seront traitées que par les membres habilités de l'équipe CRYO ADVANCE. Ces informations sont stockées sur notre base de données CRYO APP et peuvent à tout moment et sur demande, être modifiées ou supprimées. Vous pouvez également accéder à notre politique de traitement des données sur notre site internet.

CRYO ADVANCE a mis en place une application "prise de rdv" autonome vous permettant de réserver vos séances directement sur votre téléphone portable. J'accepte de recevoir par mail mes identifiants CRYO ADVANCE :

OUI NON

J'accepte de recevoir des informations relatives à la cryothérapie corps entier :

OUI NON

FICHE D'INFORMATIONS ET DE CONSENTEMENT ÉCLAIRÉ

Contre indications absolues à la pratique de la cryothérapie (A lire attentivement)

* Consensus médical à Bad Vöslau - Autriche Février 2006

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 moins de 6 mois _____	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>
Drépanocytose _____	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>
Insuffisance rénale _____	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"/>
Hypothyroïdie _____	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>
Infection respiratoire aigue _____	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 aigue bactérienne ou virale _____	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>
Infection profonde aigue _____	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>
Epilepsie _____	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>
Crise de goutte _____	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>
Bronchopathie aigue _____	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>
Cancer _____	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>
Grossesse _____	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>

A renseigner cependant non contre-indiqué

* 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 prononcé _____	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>
Polyneuropathies _____	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'opérateur en cryothérapie et à signaler tout nouveau problème médical avant chaque séance. Je certifie sur l'honneur être en mesure de pratiquer une séance de cryothérapie. Je renonce également à tous recours juridiques à l'encontre de l'établissement CRYO ADVANCE en cas de fausses déclarations.

Cependant en cas de doute sur les contre-indications notées ci dessus sur votre état de santé, ou à partir de 60 ans. Nous vous invitons à vous rapprocher de votre médecin traitant ou des médecins conseil CRYO ADVANCE présents au CMS Gerland afin qu'ils valident votre état de santé à la pratique de la Cryothérapie en remplissant l'avis médical ci dessous.

Le..... 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....
Monsieur, Madame.....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 et signature (merci d'indiquer vos coordonnées téléphoniques si celles ci n'apparaissent pas sur le cachet)