



FICHE INFORMATION ET CONSENTEMENT DU PATIENT

Informations

La Cryothérapie Corps Entier (CCE) est un traitement par le froid, la séance durant entre 1 à 3 minutes de -120°C à -160°C en températures extrêmes.

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 les lentilles de contact
- Enlever tout élément métallique (bijoux, piercing...)
- Détecter toute plaie cutanée récente
- Protéger les cicatrices (sparadraps...) et les zones sensibles au froid

Antécédents Médicaux

- | | |
|---|---|
| - Hypertension artérielle, artériopathie | Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> |
| - Infarctus du myocarde de moins de 6 mois AVC embolie pulmonaire | Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> |
| - Affection respiratoire (asthme, broncho-pneumopathie) | Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> |
| - Insuffisance circulatoire (syndrome de Raynaud) | Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> |
| - Angine de poitrine | Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> |
| - Pace maker ou dispositif sous cutané | Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> |
| - Thrombose veineuse profonde / phlébite | Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> |
| - Colique néphrétique, colique hépatique | Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> |
| - Hyper uricémie (crise de goutte) | Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> |
| - Allergie au froid | Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> |
| - Infection cutanée (aiguë bactérienne ou virale) | Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> |
| - Infection aiguë | Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> |
| - Prise récente d'alcool ou de drogue | Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> |
| - Grossesse connue | Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> |

Si vous avez répondu oui à l'un de ces items, il existe une possible contre-indication à cette technique et l'accord écrit de votre médecin est alors impératif pour effectuer une séance.

Je soussigné 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: