

Cryothérapie Corps Entier de Phalsbourg

FICHE INFORMATION ET CONSENTEMENT DU PATIENT

Informations

La cryothérapie corps entier est un traitement par le froid. La séance durant entre 2 à 4 minutes à -85°C.

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 (spadraps,...) et les zones sensibles au froid

Antécédents Médicaux

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

Si vous avez répondu oui à l'un des items, vous devez avoir une prescription de non-indication de votre médecin (fiche médicale à télécharger sur le site).

Je soussigné certifie avoir lu les informations concernant la cryothérapie 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

Cryothérapie corps Entier de Phalsbourg

FICHE MÉDICALE

Date

Interrogatoire médical

| | | |
|--------------------------------------|------------------------------|------------------------------|
| Antécédent cardio vasculaire | Oui <input type="checkbox"/> | Non <input type="checkbox"/> |
| Pace Maker / Dispositif sous cutané | Oui <input type="checkbox"/> | Non <input type="checkbox"/> |
| Asthme +/- traitement de fond | Oui <input type="checkbox"/> | Non <input type="checkbox"/> |
| Epilepsie | Oui <input type="checkbox"/> | Non <input type="checkbox"/> |
| Terrain atopique au froid (Allergie) | Oui <input type="checkbox"/> | Non <input type="checkbox"/> |
| Prise de toxique | Oui <input type="checkbox"/> | Non <input type="checkbox"/> |
| Traitements | Oui <input type="checkbox"/> | Non <input type="checkbox"/> |
| Hospitalisation depuis - de 6 mois | Oui <input type="checkbox"/> | Non <input type="checkbox"/> |

Examen clinique

Auscultation cardio-pulmonaire

TA :

FC :

Plaie

Pouls périphérique

Lentilles de contact

Non contre-indication ce jour

Oui

Non

Nom et cachet du médecin :