

# Cryothérapie Corps Entier de Phalsbourg

## FICHE INFORMATION ET CONSENTEMENT DU PATIENT

**Information :** 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 (sparadraps,...) et les zones sensibles au froid
- **Ramener un maillot de bain**

### Antécédents Médicaux

#### Maladies cardio-respiratoires

- |                                                                                |                              |                              |
|--------------------------------------------------------------------------------|------------------------------|------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Hypertension artérielle, artériopathie                | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |
| <input type="checkbox"/> Infarctus du myocarde et/ou AVC de moins de 6 mois    | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |
| <input type="checkbox"/> Thrombose veineuse profonde < 3 mois ( phlébite)      | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |
| <input type="checkbox"/> Embolie pulmonaire < 6 mois                           | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |
| <input type="checkbox"/> Insuffisance cardiaque chronique                      | <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"/> Insuffisance circulatoire (syndrome de Raynaud)       | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |
| <input type="checkbox"/> Affection respiratoire (asthme, broncho-pneumopathie) | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |

#### Autres Affections :

- |                                                                                                 |                              |                              |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------|------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Insuffisance rénale chronique sévère, Colique néphrétique ou 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                                                      | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |
| <input type="checkbox"/> Infection aigüe, bactérienne ou virale                                 | <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"/> Épilepsie                                                              | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |
| <input type="checkbox"/> Diabète déséquilibré : HbA1c > 7%                                      | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |
| <input type="checkbox"/> Fièvre                                                                 | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |
| <input type="checkbox"/> Anémie chronique, Cachexie                                             | <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(e) ..... 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.

**E mail :**  
**Date**  
**Signature**