

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