

## Fiche de renseignements & consentement éclairé

### Cryostimulation

Date : ..... / ..... / 20.....

Nom : .....

Prénom : .....

Date de naissance : ..... / ..... / .....

Téléphone : .....

Email : .....

Adresse postale : .....

Code postal : .....

Ville : .....

Informations annexes : .....

.....

### Informations

La cryostimulation corps entier ou corps partiel (CCE/CCP) sont des méthodes qui consistent à exposer une personne entre 2 et 4 minutes à une température comprise entre  $-25^{\circ}\text{C}$  et  $-110^{\circ}\text{C}$ , en protégeant toutes les extrémités. Les séances de CCE/CCP sont encadrées par un personnel diplômé expert en cryothérapie. Le centre dispose des assurances légales à la pratique et à l'exploitation de la CCE/CCP.

### Précautions nécessaires avant la séance

- › Changer tout vêtement humide
- › Enlever tout élément métallique (bijoux, ...)
- › Détecter toute plaie cutanée récente et protéger les cicatrices
- › État de sobriété exigé (alcool, drogues, ...)
- › Pour les femmes, munissez-vous de maillot de bain ou sous-vêtements sans armatures
- › Retirer les lentilles de contact
- › Être totalement sec (cheveux, corps et vêtement)
- › Ne pas appliquer de crème corporelle au moins 3 heures avant la séance
- › Apporter si possible vos propres gants, peignoirs et chaussettes pour protéger les extrémités corporelles

## **Comportements à adapter durant la séance**

- › Respirer normalement et calmement
- › Ne pas battre les mains, ne pas frotter ou taper la surface du corps
- › Ne toucher ni les parois, ni les échangeurs de chaleur

## **Contre-indications absolues à la pratique de la cryothérapie**

(Consensus médical à Bad Vöslau-Autriche - Février 2006)

Si vous souffrez d'une des pathologies ci-dessous vous ne pouvez pas suivre une séance cryostimulation

<b>Hypertension artérielle non soignée</b>	OUI	NON
<b>Insuffisance respiratoire sévère</b>	OUI	NON
<b>Infarctus du myocarde de moins de 6 mois</b>	OUI	NON
<b>Drépanocytose</b>	OUI	NON
<b>Insuffisance rénale</b>	OUI	NON
<b>Angine de poitrine</b>	OUI	NON
<b>Pacemaker/dispositif cardiaque sous cutanée</b>	OUI	NON
<b>Artériopathie de stade 3 ou 4</b>	OUI	NON
<b>Thrombose veineuse profonde</b>	OUI	NON
<b>Hypothyroïdie</b>	OUI	NON
<b>Infection respiratoire aiguë</b>	OUI	NON
<b>Colique néphrétique chronique</b>	OUI	NON
<b>Anémie profonde</b>	OUI	NON
<b>Allergie au froid intense</b>	OUI	NON
<b>Infection cutanée aiguë bactérienne ou virale</b>	OUI	NON
<b>Infection profonde aiguë/cancer tous types</b>	OUI	NON
<b>Crise de goutte</b>	OUI	NON
<b>Bronchopathie aiguë</b>	OUI	NON
<b>Grossesse</b>	OUI	NON

## **À renseigner, cependant non contre-indiqué**

(Consensus médical à Bad Vöslau-Autriche - Février 2006)

Si vous souffrez d'une des pathologies ci-dessous consultez votre médecin pour la possibilité de suivre une séance de cryostimulation

<b>Trouble du rythme cardiaque</b>	OUI	NON
<b>Insuffisance valvulaire</b>	OUI	NON
<b>Rétrécissement valvulaire</b>	OUI	NON
<b>Artériopathie stade 1 et 2</b>	OUI	NON
<b>Syndrome de Raynaud prononcé</b>	OUI	NON
<b>Cardiopathie ischémique</b>	OUI	NON
<b>Polyneuropathies</b>	OUI	NON

Je soussigné(e) ..... certifie avoir lu et compris les informations ainsi que les contre-indications concernant la pratique de la CCE/CCP et avoir répondu sincèrement au questionnaire de santé présent ci-dessus. Je m'engage à respecter les consignes de l'opérateur en CCE/CCP et à signaler tout nouveau problème médical avant chaque séance. Je certifie sur l'honneur être en mesure de pratiquer une séance de CCE/CCP. Je renonce également à tout recours juridique à l'encontre de l'établissement en cas de fausses déclarations.

*(Cependant, si vous avez plus de 60 ans ou en cas de doutes sur les contre-indications notées ci-dessus et sur votre état de santé, nous vous invitons à vous rapprocher de votre médecin traitant afin qu'il valide votre état de santé à la pratique de la cryostimulation en remplissant un avis médical).*

Le ..... / ..... / 20.....

Signature précédée de la mention " lu et approuvé " :

*Les données personnelles renseignées sur la présente fiche de consentement éclairé sont à seule destination de notre établissement et sont conservées dans un placard sous clé. Elles ne seront ni divulguées, ni utilisées à d'autres fins que celles permettant une exposition la plus sécuritaire possible à la cryostimulation corps partiel à l'intérieur de notre établissement.*