

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°C et -110°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

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

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

Fiche de renseignements & consentement éclairé

Calorstimulation

Date : / / 20.....

Nom :

Prénom :

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

Téléphone :

Email :

Adresse postale :

Code postal :

Ville :

Informations annexes :

.....

Informations

La calorstimulation corps entier est une méthode qui consiste à exposer une personne pendant 45 minutes (20 minutes de sauna/5 minutes à l'extérieur du sauna/20 minutes de sauna) à une température comprise entre 45°C et 60 °C, sans protéger les extrémités. Les séances de calorstimulation sont encadrées par un personnel du centre. Le centre dispose des assurances légales à la pratique et à l'exploitation de la calorstimulation.

Précautions nécessaires avant la séance

- › 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
- › Ne pas appliquer de crème corporelle au moins 3 heures avant la séance
- › Apporter si possible vos propres peignoirs et tongs, crocs ou claquettes

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 calorstimulation

Si vous souffrez de l'une des pathologies ci-dessous, vous ne pourrez pas suivre une séance de calorstimulation

Sténose aortique sévère	OUI	NON
Douleurs thoraciques (maladie cardiaque)	OUI	NON
Crise cardiaque/AVC moins de 12 mois	OUI	NON
Problème de circulation sanguine/Diabète	OUI	NON
Thrombose veineuse profonde	OUI	NON
Grossesse	OUI	NON
Réactions importantes aux rayons du soleil	OUI	NON
Sous influence d'alcool ou de drogues	OUI	NON

Contre-indications relatives à la pratique de la calorstimulation

Si vous présentez l'une de ces contre-indications, vous ne pourrez pas suivre une séance de calorstimulation sans l'accord au préalable de votre médecin ou votre chirurgien

Problèmes de santé suivi	OUI	NON
Blessure musculaire/Ligamentaire	OUI	NON
Implants chirurgicaux	OUI	NON

Je soussigné(e) certifie avoir lu et compris les informations ainsi que les contre-indications concernant la pratique de la calorstimulation et avoir répondu sincèrement au questionnaire de santé présent ci-dessus. Je m'engage à respecter les consignes de l'opérateur et à signaler tout nouveau problème médical avant chaque séance. Je certifie sur l'honneur être en mesure de pratiquer une séance de calorstimulation. 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 calorstimulation 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 calorstimulation corps entier à l'intérieur de notre établissement.

Fiche de renseignements & consentement éclairé

Massostimulation

Date : / / 20.....

Nom :

Prénom :

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

Téléphone :

Email :

Adresse postale :

Code postal :

Ville :

Informations annexes :

.....

Informations

La massostimulation corps entier est une méthode qui consiste à exposer une personne entre 20 et 30 minutes dans un siège massant, sans protéger les extrémités. Les séances de massostimulation sont encadrées par un personnel du centre. Le centre dispose des assurances légales à la pratique et à l'exploitation de la massostimulation.

Précautions nécessaires avant la séance

- › Changer tout vêtement humide
- › Se vêtir d'une tenue de sport de type survêtement
- › Enlever tout élément métallique (bijoux, ...)
- › Détecter toute plaie cutanée récente et protéger les cicatrices
- › État de sobriété exigé (alcool, drogues, ...)
- › 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 chaussettes pour protéger les pieds (pas de chaussures pendant la séance)

Comportements à adapter durant la séance

- › Respirer normalement et calmement
- › Ne toucher ni à l'écran ni aux touches

Contre-indications absolues à la pratique de la massostimulation

Si vous souffrez de l'une des pathologies ci-dessous, vous ne pourrez pas suivre une séance de massostimulation

Hernie discale/Douleurs sciatiques	OUI	NON
Fracture/Brûlure/excroissance /Chirurgie récente	OUI	NON
Troubles rythme cardiaques	OUI	NON
Crise cardiaque récente (- de 12 mois)	OUI	NON
AVC récent (-de 12 mois)	OUI	NON
Maladies vasculaires graves	OUI	NON
Thrombose veineuse profonde	OUI	NON
Grossesse	OUI	NON
Maladies fongiques graves	OUI	NON
Maladies virales et infectieuses	OUI	NON
Cancer des ganglions lymphatiques	OUI	NON
Chimiothérapie en cours	OUI	NON
Inflammations graves (ex:phlébite)	OUI	NON
Sous influence d'alcool ou de drogues	OUI	NON

Je soussigné(e) certifie avoir lu et compris les informations ainsi que les contre-indications concernant la pratique de la massostimulation et avoir répondu sincèrement au questionnaire de santé présent ci-dessus. Je m'engage à respecter les consignes de l'opérateur et à signaler tout nouveau problème médical avant chaque séance. Je certifie sur l'honneur être en mesure de pratiquer une séance de massostimulation. 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 massostimulation 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 massostimulation corps entier à l'intérieur de notre établissement.

Fiche de renseignements & consentement éclairé

Pressostimulation

Date : / / 20.....

Nom :

Prénom :

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

Téléphone :

Email :

Adresse postale :

Code postal :

Ville :

Informations annexes :

.....

Informations

La pressostimulation corps partiel est une méthode qui consiste à exposer une personne entre 15 et 30 minutes aux bottes de compression, sans protéger les extrémités. Les séances de pressostimulation sont encadrées par un personnel du centre. Le centre dispose des assurances légales à la pratique et à l'exploitation de la pressostimulation.

Précautions nécessaires avant la séance

- › Changer tout vêtement humide
- › Enlever tout élément métallique (bijoux, ...) situés aux niveaux des membres inférieurs
- › 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
- › 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 peignoirs et tongs, crocs ou claquettes

Comportements à adapter durant la séance

- › Respirer normalement et calmement
- › Ne toucher ni l'appareil, ni les câbles

Contre-indications absolues à la pratique de la pressostimulation

Si vous souffrez de l'une des pathologies ci-dessous, vous ne pourrez pas suivre une séance de pressostimulation

Hypertension traitée/non traité	OUI	NON
Troubles cardiaques sévères	OUI	NON
Oedème pulmonaire	OUI	NON
Port pacemaker, coeur artificiel, implants silicone, prothèse	OUI	NON
Inflammations et/ou infections des membres inférieurs	OUI	NON
Phlébite/Thrombose veineuse profonde	OUI	NON
Varices bien marquées	OUI	NON
Insuffisance respiratoire	OUI	NON
Diabète	OUI	NON
Insuffisance rénale	OUI	NON
Tuberculose	OUI	NON
Présence d'abcès, de tumeurs	OUI	NON
Présence de plaies ouvertes, escarres, brûlures/Fractures	OUI	NON
Maladie de peau	OUI	NON
Grossesse	OUI	NON
Cancer (tout type)	OUI	NON
Troubles intestinaux	OUI	NON
Récentes chirurgie d'ablation des varices ou greffe de peau	OUI	NON
Sous influence d'alcool ou de drogues	OUI	NON

Je soussigné(e) certifie avoir lu et compris les informations ainsi que les contre-indications concernant la pratique de la pressostimulation et avoir répondu sincèrement au questionnaire de santé présent ci-dessus. Je m'engage à respecter les consignes de l'opérateur et à signaler tout nouveau problème médical avant chaque séance. Je certifie sur l'honneur être en mesure de pratiquer une séance de pressostimulation. 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 pressostimulation 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 pressostimulation corps partiel à l'intérieur de notre établissement.

Fiche de renseignements & consentement éclairé

Oxygénostimulation

Date : / / 20.....

Nom :

Prénom :

Date de naissance : / /

Téléphone :

Email :

Adresse postale :

Code postal :

Ville :

Informations annexes :

.....

Informations

L'oxygénostimulation corps entier est une méthode qui consiste à exposer une personne entre 60 et 75 minutes, à une concentration d'oxygène à 88%, à l'intérieur d'un caisson hyperbare, sans protéger les extrémités. Les séances d'oxygénostimulation sont encadrées par un personnel du centre. Le centre dispose des assurances légales à la pratique et à l'exploitation de l'oxygénostimulation.

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, ...)
- › 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 peignoirs et tongs, crocs ou claquettes

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 accessoires

Contre-indications absolues à la pratique de l'oxygénostimulation

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

Pneumothorax non traité	OUI	NON
Grossesse (sauf intoxication au monoxyde de carbone)	OUI	NON
Défaillance cardiaque avec baisse sévère de la tension artérielle pouvant conduire à un arrêt cardiorespiratoire	OUI	NON
Claustrophobie majeure	OUI	NON
Bronchopneumopathie Chronique obstructive (BPCO) nécessitant un traitement par oxygène	OUI	NON

Contre indication relative à la pratique, de l'oxygénostimulation

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

Crise d'asthme sévère	OUI	NON
Difficulté d'équilibration des pressions au niveau des oreilles	OUI	NON
Épilepsie	OUI	NON

Contre indication temporaire à la pratique, de l'oxygénostimulation

Si vous souffrez d'une des pathologies ci-dessous attendez la guérison totale avant de réaliser une séance d'oxygénostimulation

Crise d'asthme sévère	OUI	NON
Difficulté d'équilibration des pressions au niveau des oreilles	OUI	NON
Épilepsie	OUI	NON

Je soussigné(e) certifie avoir lu et compris les informations ainsi que les contre-indications concernant la pratique de l'oxygénostimulation et avoir répondu sincèrement au questionnaire de santé présent ci-dessus. Je m'engage à respecter les consignes de l'opérateur et à signaler tout nouveau problème médical avant chaque séance. Je certifie sur l'honneur être en mesure de pratiquer une séance d'oxygénostimulation. 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 l'oxygénostimulation 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 l'oxygénostimulation corps entier à l'intérieur de notre établissement.