

## 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

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

<b>Crise d'asthme sévère</b>	OUI	NON
<b>Difficulté d'équilibration des pressions au niveau des oreilles</b>	OUI	NON
<b>Épilepsie</b>	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

<b>Crise d'asthme sévère</b>	OUI	NON
<b>Difficulté d'équilibration des pressions au niveau des oreilles</b>	OUI	NON
<b>Épilepsie</b>	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.*