

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.