



# Fiche d'informations médicales

Nom : ..... Prénom : .....  
 Date de naissance : ..... Age : .....  
 E-mail : ..... Téléphone : .....

## Informations

La cryothérapie corps entier (CCE) est une « thérapie par le froid ». Elle est pratiquée en séance de 3 minutes à une température comprise entre -110°C et -140°C, en respectant un certain protocole de sécurité.

### Etes-vous sujet(te) à l'une de ces contre-indications absolues ?

- |   |   |                                   |   |
|---|---|-----------------------------------|---|
| • Hypertension artérielle non soignée                 | Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> | • Insuffisance circulatoire aiguë | Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> |
| • Infection aiguë ou Insuffisance respiratoire sévère | Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> | • Epilepsie                       | Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> |
| • Angine de poitrine                                  | Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> | • Artériopathie de stade 3 ou 4   | Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> |
| • Pace Maker / dispositif cardiaque sous cutané       | Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> | • Thrombose veineuse profonde     | Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> |
| • Colique néphrétique chronique                       | Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> | • Grossesse                       | Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> |
| • Anémie profonde                                     | Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> | • Cancer de – de 6 mois           | Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> |
| • Cryoglobulinémie                                    | Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> | • Crise de goutte                 | Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> |
| • Infection profonde aiguë                            | Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> | • Drépanocytose                   | Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> |
| • Infarctus du myocarde de – de 6 mois                | Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> |                                   |   |

### Etes-vous sujet(te) à l'une de ces contre-indications relatives ?

- |                               |   |                                     |   |
|-------------------------------|---|-------------------------------------|---|
| • Trouble du rythme cardiaque | Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> | • Insuffisance valvulaire           | Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> |
| • Rétrécissement valvulaire   | Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> | • Artériopathie stade 1 et 2        | Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> |
| • Cardiopathie ischémique     | Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> | • Syndrome de Raynaud très prononcé | Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> |
| • Polyneuropathies            | Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> |                                     |   |

Les séances sont effectuées sous contrôle d'un membre de l'équipe formé et habilité. Notre établissement dispose de toutes les assurances légales à la pratique de la cryothérapie corps entier ainsi que les certificats de conformité pour notre machine.

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

Cependant, en cas de doute sur les contre-indications notées ci-dessus 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 cryothérapie corps entier en remplissant l'avis médical ci- dessous.

Le : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ Signature suivie de la mention « lu et approuvé »