

FICHE INFORMATION ET CONSENTEMENT DU PATIENT



Informations

La cryothérapie corps entier est un traitement par le froid. La séance durant entre 1 à 3 minutes à -150°C.

Certaines précautions sont nécessaires avant la séance :

- Pas d'activité sportive 1/2 heure auparavant
- Pas de douche ou de bain 1/2 heure auparavant
- Changer tout vêtement humide
- Enlever les lentilles de contact
- Enlever tout élément métallique (bijoux, piercing...)
- Détecter toute plaie cutanée récente
- Protéger les cicatrices (sparadraps,...) et les zones sensibles au froid

Antécédents Médicaux

- | | | |
|---|-----|-----|
| - Hypertension artérielle, artériopathie | Oui | Non |
| - Infarctus du myocarde de moins de 6 mois AVC embolie pulmonaire | Oui | Non |
| - Affection respiratoire (asthme, broncho-pneumopathie) | Oui | Non |
| - Insuffisance circulatoire (syndrome de Raynaud) | Oui | Non |
| - Angine de poitrine | Oui | Non |
| - Pace maker ou dispositif sous cutané | Oui | Non |
| - Thrombose veineuse profonde / phlébite | Oui | Non |
| - Colique néphrétique, colique hépatique | Oui | Non |
| - Hyperuricémie (crise de goutte) | Oui | Non |
| - Allergie au froid | Oui | Non |
| - Infection cutanée (aigüe bactérienne ou virale) | Oui | Non |
| - Infection aigüe | Oui | Non |
| - Prise récente d'alcool ou de drogue | Oui | Non |
| - Grossesse connue | Oui | Non |
| - Stérilet en cuivre | Oui | Non |

Si vous avez répondu oui à l'un des items, il existe une contre indication à cette technique.

Je soussigné certifie avoir lu les informations concernant la cryothérapie et avoir répondu sincèrement au questionnaire ci-dessus. Je m'engage à respecter les consignes de l'opérateur et à signaler tout nouveau problème médical avant chaque séance.

Date

Signature