

FICHE INFORMATION ET CONSENTEMENT DU PATIENT

Informations

La Cryothérapie Corps Entier (CCE) est un traitement par le froid, la séance durant entre 1 à 4 minutes de -120°C à -140°C en températures extrêmes.

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 <input type="checkbox"/> | Non <input type="checkbox"/> |
| • Infarctus du myocarde de moins de 6 mois AVC embolie pulmonaire | Oui <input type="checkbox"/> | Non <input type="checkbox"/> |
| • Affection respiratoire (asthme, broncho-pneumopathie) | Oui <input type="checkbox"/> | Non <input type="checkbox"/> |
| • Insuffisance circulatoire (syndrome de Raynaud) | Oui <input type="checkbox"/> | Non <input type="checkbox"/> |
| • Angine de poitrine | Oui <input type="checkbox"/> | Non <input type="checkbox"/> |
| • Pace maker ou dispositif sous cutané | Oui <input type="checkbox"/> | Non <input type="checkbox"/> |
| • Thrombose veineuse profonde / phlébite | Oui <input type="checkbox"/> | Non <input type="checkbox"/> |
| • Colique néphrétique, colique hépatique | Oui <input type="checkbox"/> | Non <input type="checkbox"/> |
| • Hyper uricémie (crise de goutte) | Oui <input type="checkbox"/> | Non <input type="checkbox"/> |
| • Allergie au froid | Oui <input type="checkbox"/> | Non <input type="checkbox"/> |
| • Infection cutanée (aiguë bactérienne ou virale) | Oui <input type="checkbox"/> | Non <input type="checkbox"/> |
| • Infection aiguë | Oui <input type="checkbox"/> | Non <input type="checkbox"/> |
| • Prise récente d'alcool ou de drogue | Oui <input type="checkbox"/> | Non <input type="checkbox"/> |
| • Grossesse connue | Oui <input type="checkbox"/> | Non <input type="checkbox"/> |
| • Stérilet en cuivre | Oui <input type="checkbox"/> | Non <input type="checkbox"/> |

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

Je soussigné certifie avoir lu les informations concernant la Cryothérapie Corps Entier 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: