

FICHE D'INFORMATION ET DE CONSENTEMENT ÉCLAIRÉ – Validité 6 mois

Nom :		Prénom :	
Date de naissance :	____ / ____ / ____		
Adresse :			
Code postal :		Ville :	
Téléphone :	____ / ____ / ____ / ____ / ____	e-mail :	____ @ ____

L'EURL Cryo Bulle peut communiquer avec moi par courrier électronique à l'adresse de messagerie, (et/ou), au numéro de téléphone répertoriés ci-dessus. (Offres promotionnelles, invitations privées). Oui Non

Récupération sportive, quel sport ? _____

Bien-être, quel objectif ? _____

Autre ? _____

La Cryothérapie Corps Entier (CCE) est pratiquée en séance de 2 à 3 minutes à une température de -110°C, en protégeant toutes les extrémités. Les séances de Cryothérapie Corps Entier sont encadrées par le personnel formé et habilité à assurer les séances.

Cryo Bulle dispose des assurances légales à la pratique de la Cryothérapie Corps Entier pour sa machine de marque CryoEco de Cryomanufacturing. Il est strictement interdit d'entrer en chambre de cryothérapie sans y avoir été invité par le personnel accrédité de Cryo Bulle.

Précautions avant la séance

- ▶ Pas d'activité sportive 30 minutes avant la séance,
- ▶ Pas de douche ou de bain 30 minutes avant la séance,
- ▶ Changer tout vêtement humide,
- ▶ Pas de lentille de contact,
- ▶ Enlever tout élément métallique (bijoux, piercing...) ou coller un sparadrap, *(disponible dans le vestiaire)*,
- ▶ Signaler toute plaie cutanée récente, protéger les cicatrices avec un sparadrap, *(disponible dans le vestiaire)*,
- ▶ État de sobriété impératif (drogue, alcool ...).

Comportement durant la séance

- ▶ Respirer calmement et lentement,
- ▶ Inspirer l'air par le nez, expirer par la bouche *(l'expiration est 2 fois plus longue que l'inspiration)*,
- ▶ Ne pas battre les mains,
- ▶ Ne pas frotter ou taper la surface du corps,
- ▶ Ne toucher ni les parois, ni les échangeurs de chaleur.

La tenue

- ▶ Munissez-vous d'un maillot de bain ou caleçon ou short pour les hommes et d'un maillot de bain ou short et brassière en coton pour les femmes,
- ▶ Des accessoires indispensables de protection vous sont fournis pour accéder à la chambre de cryothérapie : des gants, des chaussettes hautes, un cache-oreilles, un masque et des chaussures plastiques.



Contre-indications absolues

	Oui	Non
Hypertension artérielle non contrôlée	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Insuffisance respiratoire sévère (asthme, bronchopneumopathie)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Infarctus du myocarde de – de 6 mois	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
AVC	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Insuffisance circulatoire aiguë	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Angine de poitrine Angor instable	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pace Maker / dispositif cardiaque sous cutané	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Artériopathie de stade 3 ou 4	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Thrombose veineuse profonde, phlébite, embolie pulmonaire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Colique néphrétique chronique, colique hépatique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pathologie aiguë rénale ou urinaire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Anémie sévère	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Allergie au froid intense Cachexie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Épilepsie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cryoglobulinémie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Infection cutanée aiguë bactérienne ou virale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Infection sévère aiguë	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Prise d'alcool ou de drogues	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Trouble du rythme cardiaque	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Insuffisance valvulaire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rétrécissement valvulaire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Artériopathie stade 1 et 2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cardiopathie ischémique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Syndrome de Raynaud	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Drépanocytose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Polyneuropathies	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Grossesse, Allaitement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lentille de contact	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Plaies non cicatrisées	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vascularites	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hypothyroïde	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hyperhydrose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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 une séance de Cryothérapie Corps Entier.

Je renonce également à tous recours juridiques à l'encontre de l'établissement EURL Cryo Bulle en cas de fausses déclarations.

À noter, qu'en cas de doute sur les contre-indications notées ci-dessus au regard de 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 un avis médical « attestation de contre-indication à la pratique de la cryothérapie ».

À Saintes,

le /..... /.....,

Signature suivie de la mention « lu et approuvé ».

