



# FICHE D'INFORMATION MEDICALE ET DE CONSENTEMENT ECLAIRE - Validité 6 mois

Nom : ..... Prénom : .....

Date de naissance : .....

Pathologie, laquelle ? .....

Récupération sportive, quel sport ? .....

Bien-être, quel objectif ? .....

Adresse : .....

Tél. : ..... e-mail : .....

## Reservé aux opérateurs

Avant		Après
Date : .....		.....
Prise de tension : .....		.....
Prise de température : .....		.....
<input type="checkbox"/> Gants	<input type="checkbox"/> Chaussettes couvrant chevilles	<input type="checkbox"/> Masque (bouche et nez)
<input type="checkbox"/> Bandeau	<input type="checkbox"/> Chaussures isolant du sol	Visa opérateur : .....

La Cryothérapie Corps Entier (CCE) est pratiquée en séance de 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. Eden Ice dispose des assurances légales à la pratique de la Cryothérapie Corps Entier ainsi qu'un CE médical pour sa machine de marque ICE Lab-ZIMMER. est strictement interdit d'entrer en chambre de cryothérapie sans y avoir été invité par le personnel accrédité d'Eden

## 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
- Signaler toute plaie cutanée récente, protéger les cicatrices avec un sparadraps
- Etat de sobriété impératif (drogue, alcool ...)

## Comportement durant la séance

- Respirez 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.

# Contres-indications absolues\*

\*Consensus médical à Bad Vöslau - Autriche Février 2006

	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, AVC	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Insuffisance circulatoire aiguë	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Angine de poitrine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
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	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cachexie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Epilepsie	<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	<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 é galement à tous recours juridiques à l'encontre de l'établissement Eden Ice en cas de fausses déclarations.

A 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.

A ..... le ..... /..... /..... Signature suivie de la mention « lu et approuvé »