capbeautyform
centre médical et de bien-être

FICHE D'INFORMATIONS MÉDICALES ET DE CONSENTEMENT ÉCLAIRÉ

VOTRE SÉANCE DE CRYOTHÉRAPIE

La Cryothérapie Corps Entier est un traite-ment par le froid. Elle est pratiquée en séance de 3 minutes à une température comprise entre -140°C et -160°C en protégeant toutes les extrémités.

Les séances de cryothérapie corps entier sont effectuées au sein d'un centre thérapeutique et encadrées par du personnel formé et habilité à assurer les séances.

CAP BEAUTY FORM dispose des assurances légales à la pratique de la Cryothérapie Coprs Entier ainsi qu'un Certificat d'Exlpoitation Médical pour sa machine de marque JUKA.

PRÉCAUTIONS AVANT SÉANCE

Une tenue pour l'occasion vous est fournie,

elle se constitue de gants, de chaussettes et de sabots.

- **Pas d'activité sportive 1/2 heure auparavant**
- **Pas de douche ou bain 1/2heure auparavant**
- **Changer tout vêtement humide**
- **Retirez tout élément métallique (piercing,bijoux)**
- **Détecter toute plaie cutanée très récente. Demander à les protéger**
- **Etat de sobriété exigé (alcool, drogue)**

PRÉCAUTIONS DURANT LA SÉANCE

- **Inspirer l'air par le nez et expirez par la bouche**
- **Faire des rotations par petits pas dans la machine de cryothérapie**
- **Ne pas battre des mains, ne pas frotter ou taper la surface du corps**

Notes (reservées au cryothérapeute)

INFOS PERSONNELLES

Prénom _____

Nom _____

Date de naissance _____ Age _____

N°Tel _____

Adresse Mail _____

Adresse Postale _____

Ville _____ CP _____

Comment nous avez-vous connu ?

☐ Internet ☐ Connaissance ☐ Médecin ☐ Kiné

Nom de votre praticien _____

☐ Autres : précisez _____

LES RAISONS DE VOTRE VENUE

☐ Pathologie / laquelle _____

☐ Blessures / lesquelles _____

☐ Douleurs Chroniques / lesquelles _____

☐ Préparation à l'effort _____

☐ Récuperation Sportive _____

☐ Mieux Etre (stress, insomnie, gestion du poids)

ANTÉCÉDANTS MÉDICAUX / CHIRURGICAUX

Avez vous été opéré sur les 2 dernières années ? OUI ☐ NON ☐

Si OUI quelle opération : _____

Suivez vous un traitement actuelement ? OUI ☐ NON ☐

Si OUI lequel : _____

PRATIQUEZ VOUS UN SPORT

Lequel ? _____ Quel Club: _____

A Quels niveaux: Loisir ☐ Amateur ☐ Confirmé ☐

Les informations données ci dessus sont confidentielles et ne seront traitées que par les membres habilités du Centre de Cryothérapie **CAP BEAUTY FORM**

J'accepte de recevoir des infomations relatives à la cryothérapie corps entier :

☐ OUI ☐ NON

capbeautyform
centre médical et de bien-être

FICHE D'INFORMATIONS MÉDICALES ET DE CONSENTEMENT ÉCLAIRÉ

Contre indications absolues à la pratique de la cryothérapie
(A lire attentivement)
** Consensus médical à Bad Vöslau - Autriche Février 2006*

Hypertension artérielle non soignée	OUI ☐	NON ☐
Insuffisance respiratoire sévère	OUI ☐	NON ☐
Infarctus du myocarde de moins de 6 mois	OUI ☐	NON ☐
Drépanocytose	OUI ☐	NON ☐
Insuffisance rénale	OUI ☐	NON ☐
Angine de poitrine	OUI ☐	NON ☐
Pace Maker / dispositif cardiaque sous cutané	OUI ☐	NON ☐
Artériopathie de stade 3 ou 4	OUI ☐	NON ☐
Thrombose veineuse profonde	OUI ☐	NON ☐
Hypothyroidie	OUI ☐	NON ☐
Infection respiratoire aigue	OUI ☐	NON ☐
Colique néphrétique chronique	OUI ☐	NON ☐
Anémie profonde	OUI ☐	NON ☐
Allergie au froid intense	OUI ☐	NON ☐
Cryoglobulinémie	OUI ☐	NON ☐
Infection cutanée aigue bactérienne ou virale	OUI ☐	NON ☐
Infection profonde aigue	OUI ☐	NON ☐
Epilepsie	OUI ☐	NON ☐
Crise de goutte	OUI ☐	NON ☐
Bronchopathie aigue	OUI ☐	NON ☐
Cancer	OUI ☐	NON ☐
Grossesse	OUI ☐	NON ☐

A renseigner cependant non contre-indiqué
** Consensus médical à Bad Vöslau - Autriche Février 2006*

Trouble du rythme cardiaque	OUI ☐	NON ☐
Insuffisance valvulaire	OUI ☐	NON ☐
Rétrécissement valvulaire	OUI ☐	NON ☐
Artériopathie stade 1 et 2	OUI ☐	NON ☐
Cardiopathie ischémique	OUI ☐	NON ☐
Syndrome de Raynaud prononcé	OUI ☐	NON ☐
Polyneuropathies	OUI ☐	NON ☐

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 et a signaler tout nouveau problème médical avant chaque séance.
Je certifie sur l'honneur être en mesure de pratiquer une séance de cryothérapie. Je renonce également à tous recours juridiques à l'encontre de l'établissement **CAP BEAUTY FORM** 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'ils valident votre état de santé à la pratique de la cryothérapie du corps entier en remplissant l'avis médical ci dessous.

Le..... Signature suivie de la mention "lu et approuvé"

AVIS MEDICAL (à remplir par le médecin)
Je soussigné(e).....Docteur en médecine, avoir examiné à la date du...../...../20....
Monsieur, Madame.....et déclare ne pas constater de manière évidente de contre-indication médicale à la pratique de la cryothérapie corps entier

Observations:.....

Date et signature (merci d'indiquer vos coordonnées téléphoniques si celles ci n'apparaissent pas sur le cachet)