

CERTIFICAT MÉDICAL DE NON CONTRE-INDICATION À LA RÉALISATION D'UNE SÉANCE DE CRYOTHÉRAPIE CORPS ENTIER



CRY'O SANTÉ

CENTRE DE CRYOTHÉRAPIE CORPS ENTIER

À REMPLIR PAR VOTRE MÉDECIN TRAITANT

La Cryothérapie Corps Entier est une thérapie par le froid en immersion dans une chambre à air réfrigérée durant 1 à 4 minutes. Cette thérapie est interdite aux mineurs.

ANTÉCÉDENTS MÉDICAUX :

	OUI	NON
Infarctus		
AVC de moins 6 mois		
Pacemaker, défibrillateur implantable		
Troubles du rythme, Hypertension artérielle non contrôlés		
Insuffisance cardiaque		
Artériopathie sévère		
Thrombose veineuse profonde de moins de 6 mois		
Insuffisance respiratoire		
Asthme non contrôlé		
Urticaire, allergie au froid		
Syndrome de Raynaud nécrotique		
Epilepsie		
Grossesse en cours		

Autres contre-indications à signaler :

SERONT CONTRÔLÉS AVANT CHAQUE SÉANCE :

Tension artérielle - Fréquence cardiaque - Absence de plaie aigüe
Absence de lentille de contact

Je soussigné, docteur en médecine, certifie que
Mr/Mme..... ne présente à ce jour aucune contre-indica-
tion à la réalisation d'une séance de cryothérapie corps entier.

**Date, signature
et cachet du médecin traitant**

Date et signature du patient

CS Cry'O Santé
rue Claude Chrétien (ex boulevard Jean Delautre) - Charleville-Mézières
En face du restaurant La Pataterie
03.24.52.23.98



CRY'O SANTÉ

CENTRE DE CRYOTHÉRAPIE CORPS ENTIER

FORMULAIRE DE CONSENTEMENT PATIENT

Vous allez bénéficier d'une ou plusieurs séances de Cryothérapie Corps Entier.

Il s'agit d'un traitement par le froid pour lequel vous allez rester pendant 1 à 4 minutes dans une chambre de cryothérapie à air réfrigéré, aux alentours de -85°C.

Au préalable, vous devez faire remplir et signer le **CERTIFICAT MÉDICAL DE NON CONTRE-INDICATION À LA RÉALISATION D'UNE SÉANCE DE CRYOTHÉRAPIE COPRS ENTIER** par votre médecin traitant et par vous-même. **Il restera valable 1 an.**

Il est impératif, pour votre sécurité et le bon déroulement de la séance, de respecter les consignes suivantes :

CERTIFICAT MÉDICAL À JOUR

PRÉCISER TOUT ÉVÈNEMENT MÉDICAL RÉCENT, GROSSESSE EN COURS

PRÉCISER LA PRÉSENCE DE PLAIES RÉCENTES

ENLEVER VOS LENTILLES DE CONTACT

RETIRER VOS BIJOUX ET PIERCINGS

AVOIR CORPS ET CHEVEUX SECS*

PRÉCISER LES ZONES SENSIBLES À PROTÉGER

** Pas de douche ni activités 30 minutes avant la séance*

Avant chaque séance nous vérifierons avec vous l'ensemble de ces consignes et prendrons la mesure de votre tension artérielle et de votre fréquence cardiaque.

Nous vous remettrons les équipements de protection suivant :

Bonnet ou bandeau - Masque - Sous-gants - Gants - Chaussettes - Chaussures

TENUE À PRÉVOIR :

Pour les femmes : brassière et short ou maillot de bain 2 pièces

Pour les hommes : sous-vêtement, maillot de bain ou short

Je soussigné(e), M ,
né(e) le / / , certifie avoir lu et
compris le formulaire de consentement ainsi
que les consignes de sécurité et certifie que les
informations médicales délivrées sont exactes
et à jour.

Date et signature

Le /..... /.....