

CRYOESPACE

CRYOTHÉRAPIE DU CORPS ENTIER

La Cryothérapie Corps Entier (CCE) est une thérapie non médicale par le froid, elle est pratiquée en séance de une à trois minutes, à une température comprise entre -80° et -170°. Les séances de CCE sont effectuées dans l'unité mobile et encadrées par un personnel formé et habilité.

FICHE À RENSEIGNER SOUS VOTRE RESPONSABILITÉ

Nom:..... Prénom:

Date de naissance:/...../..... Pathologie

laquelle.....

Préparation/ Récupération Sportive

Téléphone: Mail:

Veuillez répondre en cochant la case OUI ou NON selon les pathologies/ les antécédents dont vous pourriez être atteint: **CONTRE INDICATIONS ABSOLUES** - Consensus médical de Voslau - Autriche, 2006

- Hypertension artérielle non soignée Oui Non
- Epilepsie Oui Non
- Infarctus du myocarde Oui Non
- Grossesse Oui Non
- Insuffisance coronarienne Oui Non
- Prise de drogue/alcool Oui Non
- Angine de poitrine Oui Non
- Syndrome de Raynaud prononcé ou allergie au froid Oui Non
- Infection cutanée aiguë (bactérienne ou virale) Oui Non
- Coliques néphrétiques chronique Oui Non
- Pacemaker/ dispositif sous cutané Oui Non

• Thrombose veineuse/ phlébite Oui Non

• Artériopathie stade 3 ou 4 Oui Non

FICHE À RENSEIGNER SOUS VOTRE RESPONSABILITÉ

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 présent ci-dessus. Je certifie sur l'honneur être en mesure de pratiquer une séance de cryothérapie corps entier. Je renonce également à tout recours juridiques contre la société Cryospace en cas de fausse déclaration. Cependant en cas de doute sur les contre-indications notées ci-dessus sur votre état de santé, nous vous invitons à consulter votre médecin traitant afin qu'il valide votre aptitude physique à la pratique de la cryothérapie corps entier en remplissant un avis médical.

Le / / Signature suivie de la mention «lu et approuvé »: