

## Fiche de renseignements et consentement éclairé

Date : ..... / ..... / 20 .....

Nom : .....

Prénom : .....

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

Téléphone : .....

Adresse mail : .....

Adresse postale : .....

Code postale : ..... Ville : .....

Informations annexes : .....

### Informations

La Cryostimulation Corps Entier (CCE) est une méthode qui consiste à exposer une personne entre 2 et 4 minutes à une température comprise entre -25°C et -110°C, en protégeant toutes les extrémités. Les séances de CCE sont encadrées par un personnel diplômé expert en CCE. Le centre dispose des assurances légales à la pratique de la CCE pour sa machine de marque Aurore Concept.

### Précautions nécessaires avant la séance

- Pas de douche ou de bain 30 min avant la séance
- Changer tout vêtement humide
- Enlever tout élément métallique (bijoux, ...)
- Détecter toute plaie cutanée récente et protéger les cicatrices
- État de sobriété exigé (alcool, drogues, ...)
- Pour les femmes, munissez-vous de maillot de bain ou sous-vêtements sans armatures
- Retirer les lentilles de contact
- Être totalement sec (cheveux, corps et vêtement)
- Ne pas appliquer de crème corporelle au moins 3 heures avant la séance

- Apporter si possible vos propres gants, peignoirs et chaussettes pour protéger les extrémités corporelles

### Comportements à adapter durant la séance

- Respirer normalement et calmement
- Ne pas battre les mains, ne pas frotter ou taper la surface du corps
- Ne toucher ni les parois, ni les échangeurs de chaleur

Contre-Indications absolues à la pratique de la Cryothérapie (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 cutanée	OUI	NON
Artériopathie de stade 3 ou 4	OUI	NON
Thrombose veineuse profonde	OUI	NON
Hypothyroïdie	OUI	NON
Infection respiratoire aiguë	OUI	NON
Colique néphrétique chronique	OUI	NON
Anémie profonde	OUI	NON
Allergie au froid intense	OUI	NON
Infection cutanée aiguë bactérienne ou virale	OUI	NON
Infection profonde aiguë	OUI	NON
Crise de goutte	OUI	NON
Bronchopathie aiguë	OUI	NON
Grossesse	OUI	NON
Cancer	OUI	NON

À 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
Syndrome de Raynaud prononcé	OUI	NON
Cardiopathie ischémique	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 CCE et avoir répondu sincèrement au questionnaire de santé présent ci-dessus. Je m'engage à respecter les consignes de l'opérateur en CCE et à signaler tout nouveau problème médical avant chaque séance. Je certifie sur l'honneur être en mesure de pratiquer une séance de CCE. Je renonce également à tout recours juridique à l'encontre de l'établissement en cas de fausses déclarations.

*(Cependant, si vous avez plus de 60 ans ou en cas de doutes sur les contre-indications notées ci-dessus et sur 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 cryostimulation en remplissant un avis médical).*

Le .... / ..... / 20....

Signature précédée de la mention " lu et approuvé " :

*Les données personnelles renseignées sur la présente fiche de consentement éclairé sont à seule destination de notre établissement et sont conservées dans un placard sous clé. Elles ne seront ni divulguées, ni utilisées à d'autres fins que celle permettant une exposition la plus sécuritaire possible à la cryostimulation corps entier à l'intérieur de notre établissement.*