

NOM : ..... Prénom : .....

Date de Naissance : ...../...../..... Téléphone : .....

Email : .....

Patient hospitalisé :  Hôpital de Jour /  Hospitalisation complète**FICHE MEDICALE (PERSONNE DE PLUS DE 18 ANS)**

Motif de la séance : .....

Discipline sportive (niveau) : .....

Traitement en cours : (si oui, préciser)  Oui  Non

.....

**Contre-indications cardio vasculaires :**

- ✓ Pace maker / défibrillateur  Oui  Non **CIA**
- ✓ Infarctus du myocarde, insuffisance coronaire  Oui  Non
- ✓ Hypertension artérielle non équilibrée (avt séance >160/100, post séance 180/110)  Oui  Non
- ✓ Artériopathie, embolie pulmonaire, phlébite  Oui  Non **CIA**
- ✓ Trouble du rythme cardiaque  Oui  Non
- ✓ AVC < à 6 mois  Oui  Non **CIA**
- ✓ Syndrome de Raynaud  Oui  Non
- ✓ Cryoglobulinémie  Oui  Non **CIA**

**Contre-indications respiratoires :**

- ✓ Insuffisance respiratoire  Oui  Non **CIA**
- ✓ Asthme (si aggravé par le froid)  Oui  Non

**Autres Contre-indications :**

- ✓ Personne mineure  Oui  Non **CIA**
- ✓ Autre matériel médical implantable ou externe  Oui  Non **CIA**  
(poche de colostomie, pompe à baclofène, neurostimulateur, pompe à insuline, ....)
- ✓ Epilepsie  Oui  Non **CIA**
- ✓ Intervention chirurgicale récente (inférieure à 1 mois)  Oui  Non  
(si oui, préciser + date en fonction de la localisation) .....
- ✓ Grossesse en cours  Oui  Non **CIA**
- ✓ Allergie au froid (urticaire)  Oui  Non **CIA**
- ✓ Infection aiguë y compris cutanée  Oui  Non **CIA**  
(si oui, préciser) .....
- ✓ Plaies, cicatrices récentes, piercing (à protéger)  Oui  Non
- ✓ Prise de toxique (alcool, drogue, ... )  Oui  Non **CIA**
- ✓ Claustrophobie  Oui  Non

➤ Légende : "CIA" = Contre-Indication Absolue.

➤ **Si 1 ou plusieurs case(s) OUI non "CIA" cochée(s) = nécessité d'avis médical**

(tournez la page)

Il conviendra de prévenir l'opérateur de tout nouveau problème de santé survenu pendant la durée des expositions au froid.

- La cryostimulation du corps entier est un dispositif utilisant le froid.
- Selon le protocole, la séance dure 3 minutes dans une pièce à - 110°C.
- Il est impératif de retirer les lentilles de contact.
- Le corps, les cheveux et les vêtements doivent être parfaitement secs.
- Cessation de toute activité sportive ½ heure avant (en cause : la transpiration)
- Protéger les extrémités du corps, les plaies, les zones fragiles et sensibles au froid.
- Enlever ou recouvrir les pièces métalliques en contact avec la peau (bijoux, piercing ...).
- Un temps de repos est nécessaire après la séance.

*La séance est encadrée et conduite par un opérateur habilité, personnel médical ou para-médical qui peut surseoir à la séance.*

**Equipement nécessaire pour la réalisation d'une séance de cryothérapie :**

- ✓ Bonnet de montagne (ou cache-oreilles),
- ✓ Maillot de bain (pour les femmes), short (pour les hommes),
- ✓ Paire de chaussettes épaisses,
- ✓ Paire de gants.

**CONSENTEMENT**

Je soussigné(e) .....

**certifie avoir été informé des règles à respecter** lors de l'exposition au froid et **avoir répondu sincèrement** à l'interrogatoire médical. Je m'engage à signaler tout nouveau problème médical avant chaque séance et à respecter les consignes de l'opérateur.

**Date et signature**