

FICHE DE CONSENTEMENT CLIENT

Contre-indications à la Cryothérapie Corps Entier

TA :

à remplir par l'opérateur

TRAITEMENT MÉDICAL EN COURS : _____ **OUI NON**

Si oui, lequel : _____

DIAGNOSTIC MÉDICAL

- | | | |
|---|-----|-----|
| - Infarctus du myocarde inférieur à 6 mois _____ | OUI | NON |
| - Artériopathie de stade 3 ou 4 _____ | OUI | NON |
| - Anémie profonde _____ | OUI | NON |
| - Infection profonde aiguë _____ | OUI | NON |
| - Insuffisance respiratoire ou circulatoire _____ | OUI | NON |
| - Thrombose veineuse profonde _____ | OUI | NON |
| - Allergie au froid _____ | OUI | NON |
| - Prise d'alcool ou de drogues _____ | OUI | NON |
| - Coups de soleil _____ | OUI | NON |
| - Femme enceinte _____ | OUI | NON |
| - Antécédent d'AVC _____ | OUI | NON |
| - Insuffisance rétrécissement valvulaire _____ | OUI | NON |
| - Toute pathologie présentant une fièvre importante _____ | OUI | NON |
| - Angine de poitrine _____ | OUI | NON |
| - Infections respiratoires aiguës _____ | OUI | NON |
| - Cryoglobulinémie _____ | OUI | NON |
| - Hypertension artérielle non contrôlée _____ | OUI | NON |
| - Pacemaker _____ | OUI | NON |
| - Coliques néphrétiques _____ | OUI | NON |
| - Infection cutanée aiguë bactérienne ou virale _____ | OUI | NON |
| - Épilepsie _____ | OUI | NON |
| - Prise d'anticoagulants (en fonction du médicament pris) _____ | OUI | NON |
| - Syndrome de Raynaud diagnostiqué _____ | OUI | NON |



FICHE d'INFORMATION CLIENT

Décharge de responsabilité

Ce document constitue une notice explicative des risques et bénéfices de la technique de cryothérapie que vous souhaitez réaliser.

Il constitue une décharge de responsabilité de la personne qui vous prend en charge et qui a commenté ces informations générales, en les adaptant à votre situation particulière.

Je soussigné(e) M / Mme _____

Domicilié(e) _____

Certifie :

- avoir répondu sincèrement au questionnaire médical
- signaler avant chaque séance tout éventuel nouveau problème de santé
- respecter les consignes de l'opérateur
- avoir été informé(e) à la bonne pratique et aux contraintes de la cryothérapie corps entier.

Je reconnais que la nature de la cryothérapie ainsi que ses risques et avantages m'ont été expliqués en termes que j'ai compris, et qu'il a été répondu de façon satisfaisante à toutes les questions que j'ai posées.

Je suis informé(e) que dans le cas de prise de drogue ou d'alcool, toute séance de cryothérapie est formellement interdite.

FAIT À LE

SIGNATURE DU CLIENT

CACHET ET SIGNATURE DU PRATICIEN