

FICHE DE NON CONTRE-INDICATION

Nom :

Prénom :

Date de naissance :

INFORMATIONS

La Cryothérapie est une thérapie physique passive par le froid de courte durée (2 à 3 minutes), à action systémique. La pratique de la cryothérapie est réservée aux personnes majeures.

CERTAINES PRÉCAUTIONS SONT NÉCESSAIRES AVANT LA SÉANCE :

- › Pas d'activité sportive 1/2 heure auparavant
- › Pas de douche ou de bain 1/2 heure auparavant
- › Pas de Hammam, ni Sauna avant ou après la séance
- › Changer tout vêtement humide, être totalement sec (cheveux, corps et vêtements)
- › Ne pas appliquer de crème corporelle au moins 3 heures avant la séance
- › Enlever les lentilles de contact
- › Enlever tout élément métallique (bijoux, piercing...)
- › Détecter toute plaie cutanée récente
- › Protéger les cicatrices (sparadraps,...) et les zones sensibles au froid
- › Pas d'alcool ni de drogue

ANTÉCÉDENTS MÉDICAUX

	OUI	NON
Trouble du rythme cardiaque	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Insuffisance ou rétrécissement valvulaire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Infarctus du myocarde de moins de 6 mois	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Angine de poitrine (Cardiopathie ischémique)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hypertension artérielle non contrôlée	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Artériopathie de stade 3 ou 4	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pace Maker / dispositif sous cutané	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Affection respiratoire (Asthme, broncho-pneumopathie)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Thrombose veineuse profonde/phlébite	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Syndrome de Raynaud prononcé ou Allergie au froid	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Infection respiratoire aiguë	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Colique néphrétique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Epilepsie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cryoglobulinémie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Infection cutanée (aigüe bactérienne ou virale)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Grossesse connue	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tumeur en cours de soin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Prise récente d'alcool ou de drogue	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Claustrophobie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Intervention chirurgicale depuis - de 4 mois	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diabète non stabilisé	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Allaitement en cours	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Si vous avez répondu oui à l'un des items, merci de préciser :

LA MOINDRE CONTRE INDICATION ENTRAÎNE L'ANNULATION DE LA SÉANCE.

.../...

FICHE DE CONSENTEMENT

Je soussigné(e) _____

Certifie avoir lu les informations concernant la Cryothérapie et avoir répondu sincèrement au questionnaire au verso de cette fiche.

Je m'engage à respecter les consignes de l'opérateur en Cryothérapie et à signaler tout nouveau problème médical avant chaque séance. Je renonce également à tous recours juridiques à l'encontre de l'Association du Pôle Thermal d'Amnéville en cas de fausses déclarations.

Nom: _____

Prénom: _____

N° de téléphone: _____

Adresse E-mail: _____

Date et signature: