

## Fiche Information et consentement du patient

**Nom :**  
**Prénom :**  
**Date de naissance :**  
**Mail et n° Tel :**

La cryothérapie corps entier est un traitement par le froid. La séance durant entre 1 à 3 minutes de -120°C à -150°C.

### Certaines précautions sont nécessaires avant la séance :

- Etre Parfaitement sec
- Changer tout vêtement humide
- Enlever les lentilles de contact
- Enlever tout élément métallique (bijoux, piercing...)
- Détecter toute plaie cutanée récente
- Protéger les cicatrices (sparadrap ou autre) et les zones sensibles au froid

### Antécédents Médicaux

Hypertension artérielle non soignée de valeurs sup à 160/100 mm Hg	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Infarctus du myocarde de moins de 6 mois, Pacemaker	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Insuffisance respiratoire sévère, infection respiratoire aigüe, angine de poitrine	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Pathologies infectieuses fébriles du tractus respiratoire	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Insuffisance cardiaque, troubles du rythme cardiaque, insuffisance coronarienne	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
AVC, embolie pulmonaire	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Insuffisance circulatoire aigüe, thrombose veineuse profonde, phlébite, micro angiopathie	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Artériopathie de stade 3 ou 4, micro angiopathie	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Colique néphrétique, colique hépatique	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Hyper uricémie (crise de goutte)	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Allergie au froid intense, Hyper-sensibilité au froid, syndrome et maladie de Raynaud	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Infection cutanée (aigüe bactérienne ou virale), plaies chroniques	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Anémie profonde (Hémoglobine < 8 g/dl)	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Maladies rénales et de la vessie, colique néphrétique chronique	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Cryoglobulinémie	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Angor instable	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Prise récente d'alcool ou de drogue	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Grossesse connue	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>

Si vous avez répondu oui à l'un des items, il existe une contre-indication à cette technique.

Je soussigné ..... certifie avoir lu les informations concernant la cryothérapie et avoir répondu sincèrement au questionnaire ci-dessus.

Je m'engage à respecter les consignes de l'opérateur et à signaler tout nouveau problème médical avant chaque séance.

Date

Signature