

Informations :

La Cryothérapie Corps Entier (CCE) est une thérapie par le froid, elle est pratiquée en séance de 1'30 à 3min à une température comprise entre -110° et -130° en protégeant les extrémités. La cabine est individuelle, tête à l'extérieur en contact visuel et oral permanent avec l'opérateur. Vous êtes en sous-vêtements au moment de rentrer dans la cabine, une paire de chaussette sèche au pied (pantoufles à disposition).

Certaines précautions sont nécessaires avant la séance

- Pas d'activité sportive 30 min auparavant
- Pas de douche ou de bain 30 min auparavant (et même après)
- Avoir apporté un apport glucidique de moins de 2 heures
- Changer tout vêtement humide
- Enlever tout élément métallique jusqu'au niveau du cou (bijoux, piercing)
- Détecter toute plaie cutanée récente
- Protéger les cicatrices (sparadraps) et les zones sensibles au froid
- Pas de rasage, ni épilation avant la séance
- Essayez toute crème et gel de massage ou cosmétique

Autres précautions

- Pas de douche chaude dans les 30 min qui suivent la séance
- Pas d'exposition au soleil après la séance
- Poids maximum 120kg
- Pas de prise d'alcool ou de drogues

Comment se comporter durant la séance

Ne pas agiter, bouger brusquement les membres afin de ne pas créer un vent d'air froid qui pourrait être désagréable. On tourne sur soi-même tout doucement. Il faut expirer au moment où vous avez des nuages blancs (azote gazeux) et inspirer quand il n'y a pas de nuages blancs. L'arrêt de la séance est possible à tout moment.

Antécédents Médicaux

- | | | |
|---|------------------------------|------------------------------|
| Antécédent cardio vasculaire | Oui <input type="checkbox"/> | Non <input type="checkbox"/> |
| Hypertension artérielle non soignée | Oui <input type="checkbox"/> | Non <input type="checkbox"/> |
| Pace Maker/Dispositif sous cutané | Oui <input type="checkbox"/> | Non <input type="checkbox"/> |
| Angine de poitrine | Oui <input type="checkbox"/> | Non <input type="checkbox"/> |
| Thrombose veineuse profonde/ Phlébite | Oui <input type="checkbox"/> | Non <input type="checkbox"/> |
| Epilepsie | Oui <input type="checkbox"/> | Non <input type="checkbox"/> |
| Affection respiratoire sévère | Oui <input type="checkbox"/> | Non <input type="checkbox"/> |
| Syndrome de Raynaud prononcé ou allergie au froid | Oui <input type="checkbox"/> | Non <input type="checkbox"/> |
| Grossesse connue | Oui <input type="checkbox"/> | Non <input type="checkbox"/> |
| Tumeur en cours de soin | Oui <input type="checkbox"/> | Non <input type="checkbox"/> |
| Intervention chirurgicale depuis moins de 6 mois | Oui <input type="checkbox"/> | Non <input type="checkbox"/> |

Si oui, merci de préciser.....

Je soussigné(e)..... certifie avoir lu les informations concernant la Cryothérapie Corps Entier et avoir répondu sincèrement au questionnaire ci-dessus.

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

Je certifie sur l'honneur être en mesure de pratiquer une séance de cryothérapie Corps Entier. Je renonce également à tous recours juridique à l'encontre de le l'établissement Cryo Connection en cas de fausses déclarations.

Nom.....**Prénom**.....

Pathologie laquelle.....**Préparation/Récupération Sportive** lequel.....

Téléphone.....**Email**.....

Date et signature :