



FICHE DE RENSEIGNEMENTS

Nom:..... Prénom:.....

Date de Naissance:.....

Sexe: Masculin Féminin

Taille:..... Poids:.....

Adresse:.....

Code Postal:..... Ville:.....

Pays:.....

Téléphone et Mobile:.....

Email:..... Profession:.....

APPLICATIONS SANTÉS

- Spondylarthrite ankkylosante
- Polyarthrite rhumatoïde
- Fibromyalgie
- Arthrose
- Rhumatismes inflammatoires
- Arthrite
- Myalgies
- Spasticité musculaire
- Tendinopathie
- Neurodermites
- Sclérose en plaque
- Discopathie
- maladie dégénérative des articulations
- Ostéoporose
- Psoriasis
- Eczéma

APPLICATIONS BIEN ÊTRE

- Trouble du sommeil
- Névrose / Dépression
- Trouble d'anxiété
- Asthme
- Migraine
- Trouble de l'appareil locomoteur

APPLICATIONS SPORTIVES

- Oedèmes
- Entorses
- Claquages
- Préparation et Récupération Sportives

APPLICATIONS ESTHÉTIQUES

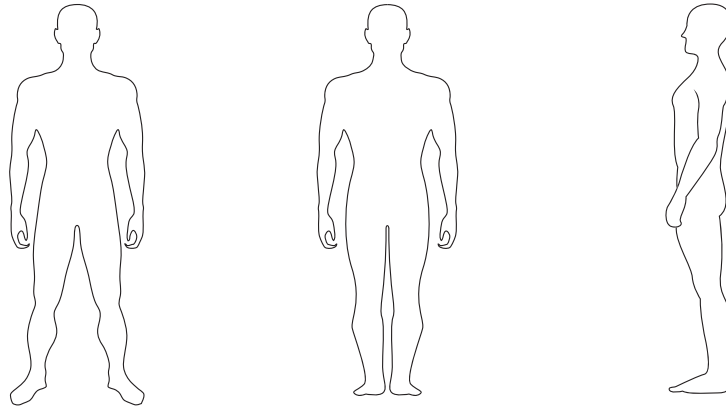
- Cellulite
- Jambes Lourdes
- Tonicité et Fermeté
- Mauvaise Circulation
- Cellulite Aqueuse
- Cellulite Adipeuse
- Graisse Viscérale

AUTRES

.....

RENSEIGNEMENTS DOULEUR

Localisation de votre douleur: (Dessinez par une croix, les zones où vous ressentez une douleur)



Date d'apparition des douleurs:.....

DESCRIPTION DES DOULEURS

- Coup de poignard Crampe Tiraillement Serrement Pincement
 Décharge électrique Piqûre Fourmillement Fourmillement Arrachement Battement
 Picotement Pulsation Brûlure Torsion Autre(s)

DURÉE DES DOULEURS

- Plusieurs minutes Plusieurs heures Constantes

MOMENT D'APPARITION DANS LA JOURNÉE:

- Matin Midi Soir Nuit À tout moment

PAS DE
DOULEUR

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

PIRE DOULEUR
POSSIBLE

ANTÉCÉDANTS MÉDICAUX:.....

.....

ANTÉCÉDANTS CHIRURGICAUX:.....

.....



FICHE INFORMATION ET CONSENTEMENT

La cryothérapie Corps Entier (CCE) est un traitement par le froid, la séance dure entre 1 à 3 minute de -110° C à -180° C en températures extrêmes.

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
- Changer tout vêtement humide
- Enlever tout élément métallique (bijoux, piercing...)
- Détecter toute plaie cutanée récente
- Protéger les cicatrices (sparadraps...) et les zones sensibles au froid
- intervention chirurgicale de moins de six mois

ANTÉCÉDENTS MÉDICAUX

CARDIO-VASCULAIRE

- | | | |
|--|---------------------------|---------------------------|
| - Place-maker - Dispositif cardiaque sous-cutané | OUI <input type="radio"/> | NON <input type="radio"/> |
| - Infarctus du myocarde de moins de 6 mois, AVC embolie pulmonaire | OUI <input type="radio"/> | NON <input type="radio"/> |
| - Angine de poitrine | OUI <input type="radio"/> | NON <input type="radio"/> |
| - Hypertension artérielle non stabilisée (>160/100 mmHg) | OUI <input type="radio"/> | NON <input type="radio"/> |
| - Artériopathie, microangiopathie | OUI <input type="radio"/> | NON <input type="radio"/> |
| - Trouble thrombo-embolique constitué (phlébite) | OUI <input type="radio"/> | NON <input type="radio"/> |
| - Syndrome/maladie de Raynaud | OUI <input type="radio"/> | NON <input type="radio"/> |
| - Cryoglobulinémie (présence anormale dans le sang de protéines «appelées cryoglobulines») | OUI <input type="radio"/> | NON <input type="radio"/> |

RESPIRATOIRES

- | | | |
|--|---------------------------|---------------------------|
| - Asthme non stabilisé - Asthme bronchique | OUI <input type="radio"/> | NON <input type="radio"/> |
| - Broncho-pneumopathie | OUI <input type="radio"/> | NON <input type="radio"/> |
| - Insuffisance respiratoire | OUI <input type="radio"/> | NON <input type="radio"/> |

NEUROLOGIQUES

- | | | |
|---|---------------------------|---------------------------|
| - Epilepsie | OUI <input type="radio"/> | NON <input type="radio"/> |
| - Polyneuropathies, trouble de la sensibilité | OUI <input type="radio"/> | NON <input type="radio"/> |

AUTRES

- | | | |
|---|---------------------------|---------------------------|
| - Maladie rénale et de la vessie | OUI <input type="radio"/> | NON <input type="radio"/> |
| - Colique néphrétique | OUI <input type="radio"/> | NON <input type="radio"/> |
| - Tumeur, cancer en cours de soin | OUI <input type="radio"/> | NON <input type="radio"/> |
| - Etat infectieux (grippe, fièvre) | OUI <input type="radio"/> | NON <input type="radio"/> |
| - Affection intercurrente non stabilisée (maladie qui se déclenche au cours d'une autres) | OUI <input type="radio"/> | NON <input type="radio"/> |
| - Grossesse connue / Allaitement | OUI <input type="radio"/> | NON <input type="radio"/> |
| - Prise récente d'alcool ou de drogue | OUI <input type="radio"/> | NON <input type="radio"/> |
| - Allergie au froid | OUI <input type="radio"/> | NON <input type="radio"/> |

SI VOUS AVEZ RÉPONDU OUI À L'UN DE CES ITEMS, IL EXISTE UNE CONTRE INDICATION À CETTE TECHNIQUE

Je soussigné.....
certifie avoir lu les informations concernant le Cryothérapie Corps Entier et avoir répondu sincèrement au questionnaire ci-dessus. Je m'engage à respecter les consignes de l'opérateur et à signaler tout nouveau problème médicale avant chaque séance.

EN CAS D'EMPÊCHEMENT, VEUILLEZ S'IL VOUS PLAÎT AVERTIR 24H À L'AVANCE SINON LA SÉANCE VOUS SERA FACTURÉE

DATE:

SIGNATURE: