

ØLIPUR

CRYOTHERAPIE CORPS ENTIER

Nom :

Prénom :

Date de Naissance :/...../.....

Téléphone :

Email :

FICHE MEDICALE

- Indication du médecin généraliste Indication du rhumatologue
 Indication du dermatologue
 Sport
 Récupération
 Bien-etre

Interrogatoire médical

- | | | |
|--|-----|-----|
| ➤ Traitement en cours : | Oui | Non |
| ➤ Dispositif médical (dispositif sous cutané) | Oui | Non |
| ➤ Antécédent cardio vasculaire | | |
| *Pace maker | Oui | Non |
| *Infarctus du myocarde, insuffisance coronaire | Oui | Non |
| *Hypertension artérielle | Oui | Non |
| *Artériopathie, thrombose veineuse, phlébite | Oui | Non |
| *Maladie de Raynaud | Oui | Non |

➤ **Antécédent de pathologie respiratoire**

*Insuffisance respiratoire Oui Non

*Asthme Oui Non

➤ **Epilepsie** Oui Non

➤ **Intervention chirurgicale récente** Oui Non

➤ **Grossesse en cours** Oui Non

➤ **Prise de toxique** Oui Non

➤ **Terrain atopique au froid (allergie)** Oui Non

➤ **Symptômes (états fébriles, symptomatologie digestive)** Oui Non

➤ **Lentilles de contact**

➤ **Infection cutanée** Oui Non

Plaies, cicatrices récentes, piercing

➤ **Infection aigüe en cours** Oui Non

Il conviendra de prévenir l'opérateur de tout nouveau problème de santé survenu pendant la durée des expositions au froid.

EXAMEN CLINIQUE (à remplir avec l'opérateur)

FC.....PA.....

SaO2.....Taille.....Poids.....

Etat cutané.....

INFORMATIONS

- La cryostimulation du corps entier est un dispositif utilisant le froid.
- Selon le protocole, la séance dure 1min30 à 3 minutes entre -110 -180 degré.
- Il est impératif de retirer les lentilles de contact.
- Le corps, les cheveux et les vêtements doivent être parfaitement secs.
- Pas d'activité sportive 1/2 heure avant (en cause : la transpiration) et après la séance de cryothérapie
- Protéger les extrémités du corps, les plaies, les zones fragiles et sensibles au froid.
- Enlever ou recouvrir les pièces métalliques en contact avec la peau (bijoux, piercing ...).

CONSENTEMENT

Je soussigné
certifie avoir été informé des contraintes et risques de l'exposition au froid et avoir répondu sincèrement à l'interrogatoire médical. Je m'engage à signaler tout nouveau problème médical avant chaque séance et à respecter les consignes de l'opérateur.

Date et signature