

Les informations données ci-dessous sont confidentielles et ne seront traitées que par les membres  
habilités de l'équipe CRYO'FEEL

### INFORMATIONS PERSONNELLES

NOM/PRENOM:.....AGE:.....  
 ADRESSE MAIL:.....TEL:.....  
 ADRESSE POSTALE:.....  
 .....  
 COMMENT NOUS AVEZ VOUS CONNU ? (internet, amis, flyers, autres).....  
 LA MOTIVATION DE VOTRE VISITE EST LE SPORT / LA SANTE / LE MIEUX-ETRE ?.....  
 Précisez:.....

### PRECAUTIONS OBLIGATOIRES AVANT DE PARTIQUER VOTRE SEANCE DE CRYOTHERAPIE

- Avoir la peau parfaitement sèche (30 min avant la séance pas de douche, de sport intense, de crème. Retirer tout vêtement humide)
- Retirer tous les éléments métalliques de votre corps
- Signaler toute plaie ou cicatrices récentes
- Etre totalement sobre (alcools et drogues)

### CONTRE INDICATIONS A LA PRATIQUE DE LA CCE

#### A renseigner mais non contre indiqué

Trouble du rythme cardiaque.....OUI / NON  
 Artériopathie stade 1 et 2 .....OUI / NON  
 Syndrome ou maladie de Raynaud .....OUI / NON

#### Contre-indications absolues

Insuffisance cardiaque.....OUI / NON  
 Insuffisance coronarienne.....OUI / NON  
 Infarctus du myocarde de moins de 6 mois.....OUI / NON  
 Angine de poitrine.....OUI / NON  
 Pace Maker / dispositif cardiaque sous cutané .....OUI / NON  
 Hypertension artérielle non soignée.....OUI / NON  
 Insuffisance circulatoire aigue.....OUI / NON  
 Artériopathie de stade 3 ou 4 .....OUI / NON  
 Thrombose veineuse profonde .....OUI / NON

Microangiopathie et phlébite.....	OUI / NON
AVC.....	OUI / NON
Embolie pulmonaire.....	OUI / NON
Infection respiratoire aigue .....	OUI / NON
Insuffisance respiratoire sévère.....	OUI / NON
Coliques hépatiques .....	OUI / NON
Coliques néphrétiques chroniques.....	OUI / NON
Insuffisance rénale sévère.....	OUI / NON
Crise de goutte .....	OUI / NON
Anémie profonde (drépanocytose, autre).....	OUI / NON
Cryoglobulinémie.....	OUI / NON
Allergie au froid intense, hypersensibilité au froid.....	OUI / NON
Infection cutanée aigue bactérienne ou virale.....	OUI / NON
Infection profonde aigue .....	OUI / NON
Epilepsie .....	OUI / NON
Traitement oncologique .....	OUI / NON
Grossesse .....	OUI / NON

Je soussigné(e).....certifie avoir lu et compris les informations ainsi que les contre-indications concernant la pratique de la cryothérapie corps entier et avoir répondu sincèrement au questionnaire de santé présenté ci-dessus. Je m'engage à signaler tout nouveau problème médical avant chaque séance. Je certifie sur l'honneur être en mesure de pratiquer une séance de cryothérapie. Je renonce également à tous recours juridiques à l'encontre de l'établissement CRYO'FEEL en cas de fausses déclarations.

Le..... Signature suivie de la mention "lu et approuvé"

Cependant en cas de doute sur les contre-indications notées ci-dessus concernant votre état de santé, nous vous invitons à vous rapprocher de votre médecin traitant avant votre première séance de cryothérapie. Merci dans ce cas de lui faire notifier ci-après votre aptitude.

### AVIS MEDICAL ( à remplir par le médecin)

Je soussigné(e).....Docteur en médecine, avoir examiné à la date du...../...../20.... Monsieur, Madame.....et déclare ne pas constater de manière évidente de contre-indication médicale à la pratique de la cryothérapie corps entier.  
Observations:.....

Date, signature et cachet: