



DÉCHARGE

Pathologie:..... Récupération sportive (discipline):.....

INFORMATIONS

La cryothérapie corps entier (CCE) est une thérapie non médicale par le froid, elle est pratiquée en séance de 3 minutes à une température comprise entre -120 et -160°. Les séances de cryothérapie corps entier sont effectuées dans d'un centre et encadrées par un personnel formé et habilité. Le KryO dispose des assurances légales à la pratique de la cryothérapie corps entier ainsi qu'un certificat de conformité pour ses machines de marque Cryo-Jet.

PRÉCAUTIONS NÉCESSAIRES AVANT LA SÉANCE

Pas d'activité 30 minutes auparavant

Pas de douche 30 minutes auparavant

Changer tout vêtement humide

Ne pas se raser avant une séance

Enlever tout élément métallique (bijoux, piercing...)

Détecter toute plaie cutanée récente, protéger les cicatrices par du sparadrap

État de sobriété exigé (drogue et alcool)

COMMENT SE COMPORTE DURANT LA SÉANCE

Inspirer l'air par le nez, expirer par la bouche (expiration deux fois plus longues que l'inspiration). Se déplacer par petit rond dans la CEE. Ne pas frotter ou taper la surface du corps, monter et descendre les mains à intervalles réguliers. Ne toucher pas les parois. Une tenue est exigée, vous devez venir muni d'un peignoir ou d'une grande serviette, de chaussette sèche en coton, nous vous fournissons des chaussures en plastiques.





FICHE À RENSEIGNER SOUS VOTRE RESPONSABILITÉ

Êtes-vous atteint des pathologies suivantes ou avez-vous des antécédents :

Contre indications absolues - (Consensus médical à Bad Voslau- Autriche février 2006)

- | | | | |
|---|---|---|---|
| - Hypertension artérielle non soignée | <input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> N | - Allergie au froid intense | <input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> N |
| - Insuffisance respiratoire sévère | <input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> N | - Cryoglobulinémie | <input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> N |
| - Infarctus du myocarde de moins de 6 mois | <input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> N | - Infection cutanée aiguë bactérienne ou virale | <input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> N |
| - Insuffisance circulatoire aiguë | <input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> N | - Infection profonde aiguë | <input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> N |
| - Angine de poitrine | <input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> N | - Trouble du rythme cardiaque | <input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> N |
| - Pacemaker, dispositif cardiaque sous cutané | <input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> N | - Insuffisance valvulaire | <input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> N |
| - Artériopathie de stade 3 ou 4 | <input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> N | - Rétrécissement valvulaire | <input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> N |
| - Thrombose veineuse profonde | <input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> N | - Artériopathie stade 1 et 2 | <input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> N |
| - Infection respiratoire aigüe | <input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> N | - Cardiopathie ischémique | <input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> N |
| - Colique nephretique chronique | <input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> N | - Syndrome de Raynaud prononcé | <input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> N |
| - Anémie profonde | <input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> N | - Poly neuropathies | <input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> N |
| | | - Grossesse > 4 mois | |

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 présent ci-dessus.

Je certifie sur l'honneur être en mesure de pratiquer une séance de cryothérapie corps entier.

Je renonce également à tous recours juridiques contre l'établissement Le Kryô en cas de fausse déclaration. Cependant en cas de doute sur les contre-indications notées ci-dessus sur votre état de santé, nous vous invitons à consulter votre médecin traitant afin qu'il valide votre aptitude physique à la pratique de la cryothérapie corps entier en remplissant un avis médical.

Le/...../.....

Signature suivie de la mention « Lu et approuvé » :