



FICHE PATIENT

Nom :

Prénom :

Date de naissance :

Téléphone :

Adresse e-mail :

Profession / études :

Sport / activité pratiquée :

Traitement(s) en cours :

Pathologies pré-existantes ou raisons qui ont donné lieu à une séance de cryothérapie :

CONTRE-INDICATIONS À LA CRYOTHÉRAPIE

- Grossesse en cours
- Hypertension artérielle non contrôlée
- AVC
- Épilepsie
- Insuffisances respiratoires
- Insuffisances circulatoires
- Angines de poitrine
- Dispositif médical interne ou externe (*pacemaker, pompe à insuline, poche de colostomie ou dialyse*)
- Artériopathie de stade 3 ou 4
- Thromboses veineuses profondes, Phlébite, embolie pulmonaire
- Infections respiratoires aiguës
- Coliques néphrétiques
- Anémies profondes
- Allergies au froid et syndrome de Raynaud
- Cryoglobulinémie aiguë bactérienne ou virale
- Infections profondes aiguës
- Prise d'anticoagulants récente

Je soussigné(e), , atteste n'être sujet à aucun des états de santé mentionnés précédemment.

Patient mineur : Je soussigné(e), , atteste que mon

enfant n'est sujet à aucun des états de santé mentionnés précédemment.

Si vous souffrez de l'un des maux suivants, l'accord de votre médecin est obligatoire pour pratiquer la cryothérapie:

- Troubles du rythme cardiaque
- Insuffisances valvulaires
- Cas de rétrécissement valvulaire
- Artériopathie de stade 1 et 2
- Cardiopathie ischémique
- Polyneuropathie
- Les cas aigus de claustrophobie (la tête étant hors de la cabine)

Je soussigné(e), , certifie avoir été informé(e) des contraintes et des risques liés à l'exposition au froid. Je certifie également le caractère complet, fiable et sincère des renseignements fournis dans le présent formulaire. Je m'engage à signaler tout nouveau problème médical avant chaque séance et à respecter les consignes de l'opérateur.

Patient mineur : Je soussigné(e), , autorise mon enfant

..... à bénéficier d'une séance de cryothérapie auprès de Monsieur Florentin GAUTHIER, opérateur certifié en cryothérapie.

Fait à , le

Signature :