

FICHE D'INFORMATION ET DE CONSENTEMENT DU CLIENT

INFORMATIONS :

La cryothérapie corps entier est une thérapie par un froid sec et intense. Elle est pratiquée en une séance de 2 à 3 minutes à une température pouvant aller jusqu'à -190 degrés sur le corps entier en protégeant obligatoirement les extrémités du corps. La cabine cryo est individuelle. L'équipe adapte la position du client de façon à ce que la tête reste à l'extérieur. Le client est en contact permanent (visuel et oral) avec le praticien durant toute la séance, en respectant toutes les consignes données en temps réel.

COMMENT SE COMPORTEUR DURANT ET APRÈS LA SÉANCE :

- Ne pas s'agiter ou bouger brusquement les membres afin de créer un vent d'air froid qui pourrait être désagréable
- Tourner légèrement sur vous même durant la séance et mettre vos mains protégées par des gants si nécessaire vers l'extérieur
- Respecter un petit temps de repos récupérateur après la séance, les effets positifs de la cryothérapie se ressentiront durant de longues heures

PRÉCAUTIONS AVANT UNE SÉANCE :

- Pas de douche ou de bain 30 minutes avant la séance
- Pas de crème cosmétique humidifiant le corps
- Enlever tout élément métallique (bijoux, piercings, lunettes ...)
- Toute plaie récente doit être protégée par un pansement ou une bande
- La prise d'alcool ou de drogues au préalable est contre indiquée

PRÉCAUTIONS APRÈS UNE SÉANCE :

- Respecter un temps de repos après la sortie de la cabine CCE
- Evitez la pratique sportive, bains et douche après la séance

QUESTIONNAIRE RELATIF À LA PRATIQUE DE LA CRYOTHÉRAPIE CORPS ENTIER (CCE)

(entourez votre réponse)

- | | | |
|--|-----|-----|
| • Hypertension artérielle mal soignée | oui | non |
| • Maladie cardiaque chronique | oui | non |
| • Insuffisance cardiaque stade 2 | oui | non |
| • Angine poitrine | oui | non |
| • Accident vasculaire cérébral | oui | non |
| • Syndrome de Raynaud, acrocyanose prononcée | oui | non |
| • Fièvre | oui | non |
| • Grossesse | oui | non |
| • Tumeurs malignes | oui | non |
| • Affection respiratoire | oui | non |
| • Allergie au froid | oui | non |
| • Hypothyroïdie | oui | non |
| • Diathèse hémorragique | oui | non |
| • Cryoglobulinémie, Cryo fibrinogénémie | oui | non |
| • Epilepsie | oui | non |
| • Thrombose veineuse profonde/phlébite | oui | non |
| • Intervention chirurgicale récente | oui | non |

Je soussigné(e) Mme/ Mr _____ certifie avoir lu les informations concernant la cryothérapie corps entier données par l'équipe Cry ô Spa et avoir répondu sincèrement au questionnaire ci-dessus. Je m'engage à respecter les consignes du praticien en cryothérapie et à signaler tout nouveau problème médical avant chaque nouvelle séance. Je certifie sur l'honneur être en mesure de pratiquer une séance de cryothérapie corps entier. Je renonce à tout recours juridique contre Cry ô Spa en cas de fausses déclarations.

Nom :

Prénom :

Date de naissance :

Tél :

Date et signature précédées de la mention "lu et approuvé"