

## FICHE D'INFORMATION

La **Cryothérapie corps entier** (CCE) est un traitement par le froid qui produit un effet antalgique et anti-inflammatoire sur tout le corps.

### Les 3 sphères de la CCE :

Δ Thérapeutiques :

- Rhumatologie : douleurs musculaires, arthrose, fibromyalgie, polyarthrite rhumatoïde
- Traumatologie : blessures, coups, entorses, tendinopathies, état post-opératoire
- Neurologie : spasticité, migraines, troubles du sommeil, sclérose en plaques, sclérose latérale amyotrophique
- Dermatologie (psoriasis, eczéma, neurodermite).

Δ Sportif : Récupération après blessures, préparation et récupération des conditions physiques

Δ Bien-être : Amincissement (environ 1000 kcal), sommeil, décalage horaire, stress, anxiété, fatigue, cellulite (collagène)

### Consignes et précautions :

- Δ Arrêter toute activité sportive 1 h avant la séance
- Δ Pas de douche ou de bain 30 min avant la séance
- Δ Être totalement sec (cheveux, corps, vêtements)
- Δ Enlever tout objet métallique en contact avec la peau (bijoux, piercing...)
- Δ Protéger les blessures cutanées, plaies, cicatrices fraîches
- Δ Ne pas appliquer de crème corporelle avant la séance
- Δ Éviter le rasage ou l'épilation juste avant la séance
- Δ Pas d'alcool ni de drogue avant la séance
- Δ Protéger les extrémités corporelles (gants, bonnet, chaussettes, masque)
- Δ Pas de douche chaude dans les 30 min suivant la séance

### Protocole de la séance :

Une séance de Cryothérapie dure 2 à 3 minutes. Les 30 premières secondes dans l'antichambre à - 60°C, puis environ 2 min et 30 secondes dans la chambre thérapeutique à -110°C.

Vous êtes en totale sécurité et restez en contact visuel avec l'opérateur qui vous guide et vous accompagne tout au long de la séance.

### Le Centre :

Notre équipe vous accueille au cœur de l'ancienne jumenterie des Haras Nationaux, dans un cadre exceptionnel fusionnant patrimoine, confort et nouvelle technologie.

## BILAN MEDICAL

Nom/Prénom : ..... Date de Naissance : .....

E-mail : ..... Téléphone : .....

Traitement en cours : ..... Code Postal : .....

Motif de visite:     SPORT     SANTE     BIEN ETRE

Merci de préciser : .....

### Antécédents médicaux

OUI                      NON

Δ Infarctus du myocarde (de moins de 6 mois)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Δ Infarctus coronarien	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Δ Hypertension artérielle non stabilisée	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Δ Artériopathie membre inférieur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Δ AVC / Embolie pulmonaire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Δ Thrombose veineuse profonde / phlébite	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Δ Hospitalisation de moins de 6 mois	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Δ Intervention chirurgicale de moins de 6 mois	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Δ Maladie de Raynaud / Allergie au froid	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Δ Affectation respiratoire (asthme, broncho-pneumopathie)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Δ Angine de poitrine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Δ Colique néphrétique, colique hépatique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Δ Hyper uricémie (crise de goutte)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Δ Dispositif médical sous cutanée (Pace Maker, etc.), prothèse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Δ Epilepsie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Δ Prise de toxiques, alcool, drogues	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Δ Etat fébrile	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Δ Grossesse connue	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Δ Infection cutanée, plaie, cicatrice, tatouage récent	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Je soussigné(e)..... Certifie avoir lu les informations concernant la Cryothérapie Corps entier et avoir répondu sincèrement au questionnaire ci-dessus.

Je m'engage à respecter les consignes de l'opérateur en Cryothérapie et à signaler tout nouveau problème avant chaque séance. Je renonce également à tout recours juridiques à l'encontre de l'établissement Cryossau en cas de fausses déclarations.

Fait à Mazères-Lezons,

Signature

Le