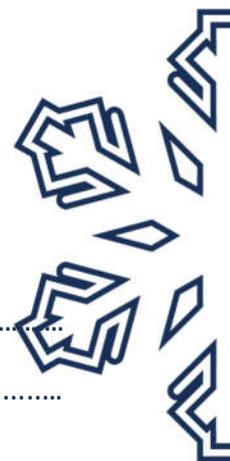


# CRYO BAR



## INFORMATIONS :

Nom/prénom : .....

Taille : .....

Poids : .....

Date de naissance : .....

Adresse : .....

Téléphone : .....

Email : ..... Newsletter :  Oui  Non

Médecin traitant : .....

Avez-vous déjà pratiqué une séance de cryothérapie en corps entier :  Oui  Non

## Objectif :

**Traitement sportif**

*Sport pratiqué : .....*

**Traitement médical**

*Pathologie : .....*

**Bien-être**

## FICHE MÉDICALE CRYOTHÉRAPIE CORPS ENTIER (CCE) :

### Antécédents cardio-vasculaires :

- |  |                              |                              |
|--|------------------------------|------------------------------|
| ➤ Insuffisances cardiaques/coronariennes | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| ➤ Irrégularités du rythme cardiaque      | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| ➤ Infarctus du myocarde de moins d'un an | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| ➤ Hypertension artérielle non stabilisée | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| ➤ Artériopathie des membres inférieurs   | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| ➤ Thrombose veineuse/phlébite            | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| ➤ Maladie de Raynaud                     | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| ➤ Autre : .....                          |                              |                              |

### Antécédents pulmonaires :

- |   |                              |                              |
|---|------------------------------|------------------------------|
| ➤ Asthme aigu                                       | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| ➤ BPCO (broncho pneumopathie chronique obstructive) | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |

- Insuffisances respiratoires  Oui  Non
- Embolies pulmonaires  Oui  Non
- Autre : .....

**Antécédents généraux :**

- Cancer  Oui  Non
- Hyperthyroïdie/hypothyroïdie  Oui  Non
- Épilepsie  Oui  Non
- Diabète  Oui  Non
- Anémie en cours  Oui  Non
- Fièvre en cours  Oui  Non

**Dispositifs médical sous-cutané** (Pacemaker, Stent, Neurostimulateur...)

- Oui : .....  Non

**Pathologies inflammatoires en crise** (Polyarthrite rhumatoïde, Spondylarthrite ankylosante)

- Oui : .....  Non

**Pathologies dégénératives en crise** (Parkinson, Alzheimer, Sclérose en plaques...)

- Oui : .....  Non

**Pathologies rénales et vésicales** (colique néphrétique/hépatique, hyperuricémie)

- Oui : .....  Non

**Terrain allergique au froid**

- Oui  Non

**Blessures cutanées**

- Oui  Non

**Intervention chirurgicale récente**

- Oui  Non

**Grossesse en cours**

- Oui  Non

Je soussigné(e) ..... certifie sur l'honneur avoir lu et compris les informations ainsi que les contre-indications concernant la pratique de la cryothérapie corps entier.

Je certifie également la sincérité et l'exactitude des réponses apportées au questionnaire médical, et m'engage à signaler tout changement afin d'en assurer la mise à jour.

En cas de doute sur les contre-indications notées ci-dessus, 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.

**Comment nous avez-vous connu?** .....

Date : .....

Signature :

