



FICHE D'INFORMATIONS ET DE CONSENTEMENT ÉCLAIRÉ

QU'EST-CE QUE LA CRYOTHÉRAPIE ?

La cryothérapie corps entier (CCE) est un traitement par le froid.

POURQUOI LA CRYOTHÉRAPIE ?

La CCE utilise l'action du froid en produisant un effet antalgique et anti-inflammatoire sur tout le corps. Elle est utilisée dans différents domaines :

- **SPORTIF** : récupération après blessures, préparation et récupération des conditions physiques, amélioration des performances.
- **MÉDICAL** : rhumatologie (maladies rhumatismales, fibromyalgie, douleurs musculaires, arthrose), traumatologique (blessures, coups, entorses, tendinopathies, état post-opératoire), neurologie (spasticité, migraines, céphalées, troubles du sommeil) et dermatologie (psoriasis, eczéma, neurodermite).
- **BIEN-ÊTRE** : fatigue, anxiété, stress, dépression, sommeil, jet-lag...

COMMENT SE DÉROULE UNE SÉANCE ET LES CURES DE CRYOTHÉRAPIE ?

La séance dure de 1 minute 30 secondes à 3 minutes maximum à des températures variant entre -130°C / -160°C . Le protocole sera adapté en fonction de l'objectif à atteindre et/ou de votre pathologie.

Certaines précautions sont nécessaires avant la séance :

- Pas de sport 15 minutes avant la séance (retour au calme du métabolisme)
- Pas de douche, pas de bain 30 minutes avant la séance
- Pas d'épilation 24h avant la séance
- Pas de crème ou autre huile sur le corps
- Pas de métal (bijoux, piercing...)
- Prise et interprétation de la tension artérielle (pour les HTA)
- Pas de transpiration (bien vérifier les creux poplités, les aisselles, etc.)
- Pas de vêtements mouillés
- Couvrir au maximum les extrémités (chaussettes, chaussons et gants)

QUELLE EST LA CONDUITE À TENIR APRÈS UNE SÉANCE DE CRYO ?

- Pas d'activité sportive 30 minutes après la séance
- Les bains et douches ne sont pas interdits mais doivent être pris à la température du corps, soit entre 30°C et 35°C maximum.



FICHE D'INFORMATIONS ET DE CONSENTEMENT ÉCLAIRÉ

TRAITEMENT(S) MÉDICAL EN COURS :

Si oui, lequel :

DIAGNOSTIC MÉDICAL :

• Infarctus du myocarde inférieur à 6 mois	OUI	NON
• Artériopathie de stade 3 ou 4	OUI	NON
• Anémie profonde	OUI	NON
• Infection profonde aiguë	OUI	NON
• Insuffisance respiratoire ou circulatoire	OUI	NON
• Thrombose veineuse profonde	OUI	NON
• Allergie au froid	OUI	NON
• Prise d'alcool ou de drogues	OUI	NON
• Coups de soleil	OUI	NON
• Femme enceinte	OUI	NON
• Antécédent d'AVC	OUI	NON
• Insuffisance rétrécissement valvulaire	OUI	NON
• Toute pathologie présentant une fièvre importante	OUI	NON
• Angine de poitrine	OUI	NON
• Infections respiratoire aiguë	OUI	NON
• Cryoglobulinémie	OUI	NON
• Hypertension artérielle non contrôlée	OUI	NON
• Pacemaker	OUI	NON
• Coliques néphrétiques	OUI	NON
• Infection cutanée aiguë bactérienne ou virale	OUI	NON
• Épilepsie	OUI	NON
• Prise d'anticoagulants (en fonction du médicament pris)	OUI	NON
• Syndrome de Raynaud diagnostiqué	OUI	NON



FICHE D'INFORMATIONS ET DE CONSENTEMENT ÉCLAIRÉ

Ce document constitue une notice explicative des risques et bénéfices de la technique de cryothérapie que vous souhaitez réaliser.

Il constitue une décharge de responsabilité de la personne qui vous prend en charge et qui a commenté ces informations générales, en les adaptant à votre situation particulière.

Je soussigné M / Mme.....

domicilié(e).....

.....

Certifie :

- avoir répondu sincèrement au questionnaire médical
- signaler avant chaque séance tout éventuel nouveau problème de santé
- respecter les consignes de l'opérateur
- avoir été informé à la bonne pratique et aux contraintes de la cryothérapie corps entier.

Je reconnais que la nature de la cryothérapie ainsi que ses risques et avantages m'ont été expliqués en termes que j'ai compris, et qu'il a été répondu de façon satisfaisante à toutes les questions que j'ai posées.

Je suis informé(e) que dans le cas de prise de drogue ou d'alcool, toute séance de cryothérapie est formellement interdite.

FAIT À

LE

SIGNATURE DU PATIENT CACHET ET SIGNATURE DU PRATICIEN