



## FICHE D'INFORMATION

La **Cryothérapie du 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 :

#### △ 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

#### △ Sportif : récupération après blessures, préparation et récupération des conditions physiques

#### △ Bien-être : amincissement (environ 1000 kcal), sommeil, décalage horaire, stress, anxiété, fatigue, cellulite (collagène)

### Consignes et précautions :

- △ Arrêter toute activité sportive 1 heure avant la séance
- △ Pas de douche ou de bain 30 min avant la séance
- △ Être totalement sec(cheveux, corps, vêtements)
- △ Enlever tous objets métalliques en contact avec la peau (bijoux, piercing, montre, etc.)
- △ Protéger les blessures cutanées (plaies, cicatrices fraîches, etc.)
- △ Ne pas appliquer de crème corporelle avant la séance
- △ Eviter le rasage ou l'épilation juste avant la séance
- △ Ne pas être sous substance avant la séance (ni alcool, ni drogue, ni CBD)
- △ Protéger les extrémités corporelles (gants, bonnet, chaussettes, masque)
- △ Pas de douche chaude 30 min après la séance

### Protocole de la séance :

Une séance de cryothérapie dure 3 à 4 minutes. Exposition 30 à 60 secondes dans la chambre d'adaptation à -60°C, puis 3 minutes 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 :

Nous vous accueillons dans un cadre exceptionnel confortable avec de nouvelles technologies.

## BILAN MEDICAL

Nom/Prénom : .....

Date de Naissance : .....

Adresse : .....

Téléphone : .....

Traitement en cours : .....

Email : .....

Motif de visite:    SPORT    SANTE    BIEN ETRE

Merci de préciser : .....

### Antécédents médicaux

OUI

NON

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

Je soussigné(e) ..... certifie avoir lu et compris les informations concernant la Cryothérapie du Corps Entier (CCE) 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 Centre AbsolutelyZen Sàrl en cas de fausses déclarations.

Fait à Renens, le .....

Signature : .....