

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 :

- 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 (entre 400 et 800 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, montre, etc.)
- Δ Protéger les blessures cutanées (plaies, cicatrices fraîches, etc.)
- Δ Ne pas appliquer de crème corporelle juste 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, fournis par le Centre)
- Δ Pas de douche chaude 30 min après la séance

Protocole de la séance :

Une séance de cryothérapie dure 3 à 4 minutes. De 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 fusionnant, confort et nouvelle technologie.

BILAN MEDICAL

Nom : _____ Prénom : _____

Adresse : _____ CP - Ville : _____

Téléphone : _____ Email : _____

Date de naissance : _____

Motif de visite : Sport Santé Bien-être

Merci de préciser : _____

Traitement en cours : _____

Assurance complémentaire : _____

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 récente (moins de 6 mois)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
△ Intervention chirurgicale récente (moins de 6 mois)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
△ Maladie de Raynaud / Allergie au froid	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
△ Affections respiratoires (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 (prothèse, Pace Maker, etc..)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
△ Épilepsie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
△ Prise de toxiques (alcool, drogues)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
△ État fébrile	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
△ Infection cutanée, plaie, cicatrice, tatouage, ... récents	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
△ Grossesse connue	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Je soussigné(e) _____ certifie avoir lu et compris les informations concernant la Cryothérapie du 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 juridique à l'encontre du Centre Absolutelyzen Sàrl en cas de fausses déclarations.

Fait à Renens, le _____

Signature : _____