

CRYOTHERAPIE CORPS ENTIER -110°

C.C.E.

NOM :

Prénom :

Date de Naissance :

Téléphone :

E. Mail :

Discipline Sportive :

Indication :

INSEP

SHN

Personne Extérieure

Protocole

CONSENTEMENT DU PATIENT

**Je soussigné (e)
certifie avoir été informé(e) des contraintes et risques de l'exposition au froid et avoir
répondu sincèrement à l'interrogatoire médical. Je m'engage à signaler tout nouveau
problème médical avant chaque séance et à respecter les consignes de l'opérateur.**

Date et Signature

FICHE MEDICALE

Interrogatoire médical

Traitements en cours :

Rechercher les contre-indications suivantes :

Personne mineure	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Grossesse en cours	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Maladie embolique : (Phlébite, embolie pulmonaire)	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Coronaropathie, artériopathie, HTA non équilibrée, Raynaud avec ulcères digitaux	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Asthme au froid, insuffisance respiratoire non équilibrée	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Urticaire au froid, cryoglobulinémie, pathologie cutanée incompatible avec CCE	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Epilepsie	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Syndrome fébrile	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Dispositif médical interne ou externe (pace maker, défibrillateur implantable, dialyse, poche de colostomie, pompe à insuline)	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>

....

Examen clinique

FC : PA : /

Pouls périphériques

Etat cutané

Avis Médical

Je soussigné (e).....

Docteur en médecine, certifie avoir examiné ce jour :

.....

et déclare, pour la pratique de la CCE

- ♦ ne pas observer de contre-indication apparente
- ou donne une indication différée à
- ♦ contre indique la pratique

Protocole proposé : Nombre de séances Avecséance(s) par jour

Je vous préconise de :

- ✓ prévenir l'opérateur habilité à encadrer la séance, de tout nouveau problème de santé
(ce dernier peut surseoir à la séance)
- ✓ vous présenter corps, cheveux, vêtements bien secs.
- ✓ retirer les lentilles de contact
- ✓ faire protéger un état cutané fragilisé (plaie, irritation, piercing, pièces métalliques...)

Date et Signature

