

## Informations et Consentement éclairé - CRYOTHERAPIE CORPS ENTIER

DONNEES PERSONNELLES	CONTACT	NOTES (facultatif)
..... Nom	..... Adresse	..... Profession
..... Prénom	..... Code postal/Ville	..... Médecin traitant
..... Date de naissance	..... Email	..... Club
..... Sexe	..... Téléphone	..... Coach sportif

Note liminaire : La Cryothérapie Corps Entier est également appelée Cryostimulation. Effectivement, selon le but visé, le mot thérapie n'est pas approprié. Entré dans l'usage courant, le terme « cryothérapie » est cependant utilisé de manière générique.

La Cryostimulation corps entier (CCE) est une méthode d'appoint utilisant le froid pour ses vertus dans le domaine de la récupération sportive, de la santé et du bien-être. La notion de « corps entier » indique une exposition de l'ensemble du corps, y compris la tête.

La CCE n'est pas un acte médical et ne se substitue pas à votre traitement. Ne le modifiez en aucun cas sans l'avis de votre médecin.

Les séances sont effectuées au sein de notre centre spécialisé **ANEEO Cryo lounge** et encadrées par du personnel formé et habilité à assurer les séances.

### Protocole de la séance

Avant de pouvoir bénéficier de la CCE, veuillez remplir le questionnaire de santé. Selon vos antécédents médicaux et votre état de santé, un avis médical préalable pourra être demandé. Un contrôle sera effectué avant chaque séance.

Nous vous fournissons le matériel de protection nécessaire, gants et chaussettes, bonnet, bandeau. A vous d'apporter votre tenue de bain (ou sous-vêtements).

Avant d'entrer dans la cabine, les consignes d'usage vous seront dispensées.

Vous êtes exposé à un air sec à environ -110° durant 2 à 3 minutes. Vous restez en contact visuel avec l'opérateur qui vous guide et vous accompagne tout au long de la séance.

## CONSIGNES ET PRECAUTIONS

- Être totalement sec (cheveux, corps, vêtements)
- Arrêter toute activité sportive 30 minutes avant la séance
- Pas de douche ou de bain 30 min avant la séance
- Enlever tous objets métalliques en contact avec la peau (bijoux, piercing, montre, etc.)
- Retirer les lentilles
- Protéger les blessures cutanées (plaies, cicatrices récentes, etc.)
- Ne pas appliquer de crème corporelle juste 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)
- Pas de douche chaude 30 min après la séance
- En cas de céphalées durant la séance, veuillez sortir de la cabine

## QUESTIONNAIRE DE SANTE

Contre-indications absolues :

Hypertension artérielle non contrôlée	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>
Infarctus coronarien de moins de 6 mois	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>
Cardiopathie décompensée / Angine de poitrine non stabilisée	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>
Insuffisance ou affection respiratoire sévère	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>
Implantation d'un dispositif sous cutané avec composants électroniques	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>
Artériopathie sévère (stade III ou IV)	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>
Pathologie aiguë rénale ou urinaire	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>
Anémie sévère	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>
Urticaire ou allergie au froid	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>
Maladie oncologique en cours	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>
Epilepsie	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>
Infection cutanée bactérienne ou virale	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>
Hyperuricémie goutteuse	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>
Grossesse	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>

A renseigner :

Pathologie cardiaque (ischémie, trouble du rythme ou valvulaire)	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>
Antécédent d'AVC / embolie pulmonaire	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>
Syndrome de Raynaud	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>
Polyneuropathie	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>
Vascularite	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>
Claustrophobie*	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>
Hypothyroïdie	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>
Hyperhidrose (transpiration excessive)	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>
Souffrez-vous d'une maladie non mentionnée ci-dessus ?	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>
Suivez-vous un traitement actuellement ?	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>
Avez-vous une plaie ou un tatouage récent ?	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>

\* La porte est vitrée et n'est pas verrouillable. Vous pouvez quitter la cabine à tout moment

## Effets secondaires

La CCE est très bien supportée. En cas de respect strict des indications, des contre-indications et des règles de comportement, les effets secondaires sont extrêmement rares.

Peuvent apparaître :

- des gelures locales de 1<sup>er</sup> et 2<sup>ème</sup> degré (essentiellement observées dans la technologie à l'azote)
- des céphalées, aggravation de douleurs existantes
- un accroissement de la pression artérielle - des symptômes d'allergie au froid.

En cas d'apparition d'effet secondaire, veuillez nous contacter ou contacter votre médecin selon l'importance.

Je soussigné(e).....certifie avoir lu et compris les informations ainsi que les contre-indications concernant la pratique de la Cryostimulation corps entier et avoir répondu sincèrement au questionnaire de santé présenté ci-dessus. Je m'engage à respecter les consignes de l'opérateur et à signaler tout nouveau problème médical avant chaque séance. Je renonce à tout recours juridiques à l'encontre d'ANEEO Solutions Sàrl en cas de fausses déclarations. En cas de doute sur les contre-indications notées ci-dessus ou sur votre état de santé, nous vous invitons à vous rapprocher de votre médecin traitant afin qu'il valide votre éligibilité à la pratique de la CCE en remplissant l'avis médical ci-après.

Fait à ....., le .....

Lu et approuvé

Signature :

Notes (réservées à ANEEO Cryo lounge)

Si nécessaire

---

**AVIS MEDICAL** (à remplir par le médecin)

Je soussigné(e) ..... Docteur en médecine, après avoir examiné  
Monsieur, Madame ..... né(e) le ..... déclare ne pas  
constater de contre-indication médicale à la pratique de la cryostimulation corps entier.

Observations:

Date :

Signature et cachet (merci d'indiquer vos coordonnées téléphoniques si celles-ci n'apparaissent pas sur le cachet) :

.....

A l'attention du médecin : notre équipe est à votre entière disposition pour tout renseignement.