

CRYO'O* TOP NANTES

Faites réagir votre corps

CONSENTEMENT ECLAIRE DU PATIENT CRYOTHERAPIE CORPS-ENTIER

Document à lire, à dater, à signer et à remettre à l'opérateur.

Par la présente, je donne mon consentement pour faire l'objet de séances de cryothérapie corps entier, à raison de 1 ou 2 séances par jour pendant 7 à 20 jours. Chaque séance dure de 1 à 3 minutes, à des températures de l'ordre de -110 à -170°C.

J'ai bien reçu les renseignements sur :

- * La nature du traitement et les raisons pour lesquelles ce traitement m'était proposé
- * Les risques liés à l'azote (asphyxie et brûlures). J'écoute les instructions de l'opérateur. Je tourne lentement dans la cabine pendant la séance.
- * Les règles de sécurité à respecter : tenue adaptée, enlever les objets métalliques bagues/montres/colliers/chaînes de cheville/bijoux divers et protéger les piercings avec du sparadrap, en cas de sensibilité particulière au froid alors protections spécifiques pour les mains/genoux/coudes, non-utilisation de crème sur le corps et particulièrement sur les jambes avant une séance, poser les mains sur le bord supérieur de la cabine, tourner doucement dans la cabine pendant la séance, avoir conscience que l'azote n'est pas un gaz toxique (il compose 78% de l'air) mais c'est un gaz que l'on doit éviter d'inhaler, rester dans la cabine 20 secondes à la fin de la séance pour permettre à l'azote contenu dans la cabine d'être évacué (automatique).

* Je déclare ne présenter, à ma connaissance, aucune des contre-indications suivantes :

- Maladie cardiaque (trouble du rythme, antécédent d'infarctus, insuffisance coronarienne, malformation congénitale, ...)
- Tension artérielle élevée, non soignée
- Maladies rénales et de la vessie
- Artérite et micro-angiopathie diabétique
- Syndrome de Raynaud, cryoglobulinémie
- Asthme au froid
- Hyper sensibilité au froid
- Polyneuropathies et troubles de la sensibilité
- Infection actuelle, fièvre, autre affection non stabilisée
- Grossesse
- Pace-Maker, dispositif sous-cutané

*Je déclare avoir compris les explications qui m'ont été données et que j'ai pu poser toutes les questions que je souhaitais. Je certifie mon consentement sincère et volontaire. Je m'engage à respecter les consignes de l'opérateur et à signaler tout nouveau problème médical avant chaque séance.

DATE ET NOM DU PATIENT

SIGNATURE DU PATIENT