



FICHE DE NON CONTRE-INDICATIONS

Précautions à prendre avant une séance

- Pas d'activité sportive 30 minutes avant la séance
- Une tenue adaptée (maillot de bain)
- Corps sec avant la séance
- Enlever tout élément métallique (bijoux, lunettes, ...)
- Protéger les cicatrices et/ ou les piercings avec du sparadrap

Antécédents médicaux

Plaies

OUI NON

Cardio-vasculaire

- | | | |
|---|-----|-----|
| <input type="checkbox"/> Hypertension artérielle non soignée de valeurs supérieures à 160/100 mm Hg | OUI | NON |
| <input type="checkbox"/> Infarctus du myocarde, insuffisance coronarienne | OUI | NON |
| <input type="checkbox"/> Pacemaker – dispositif cardiaque sous cutané | OUI | NON |
| <input type="checkbox"/> Artériopathie, micro-angiopathie | OUI | NON |
| <input type="checkbox"/> Phlébite | OUI | NON |
| <input type="checkbox"/> Maladie de Raynaud | OUI | NON |

Neurologiques

- | | | |
|---|-----|-----|
| <input type="checkbox"/> Epilepsie | OUI | NON |
| <input type="checkbox"/> Polyneuropathies | OUI | NON |

Respiratoires

- | | | |
|---|-----|-----|
| <input type="checkbox"/> Asthme non stabilisé – Asthme bronchique | OUI | NON |
| <input type="checkbox"/> Insuffisance respiratoire | OUI | NON |
| <input type="checkbox"/> Broncho-pneumopathie | OUI | NON |

Autres

<input type="radio"/> Maladies rénales et de la vessie	OUI	NON
<input type="radio"/> Colique néphrétique	OUI	NON
<input type="radio"/> Tumeur	OUI	NON
<input type="radio"/> Etat infectieux (grippe, fièvre)	OUI	NON
<input type="radio"/> Grossesse / Allaitement	OUI	NON
<input type="radio"/> Allergie, hyper-sensibilité au froid	OUI	NON
<input type="radio"/> Autre précisez :	OUI	NON

Si vous avez répondu oui à l'un de ces éléments, il existe une contre-indication à cette thérapie par le froid

Je soussigné(e) déclare ne présenter aucun trouble de santé grave à la date de la séance pouvant en contre-indiquer la pratique et être consentent pour une séance de Cryothérapie Corps Entier au sein du Centre CryoZen.

Je m'engage à respecter les consignes données par l'institut et à signaler toute nouvelle donnée médicale avant chaque séance.

Nom :

Prénom :

Téléphone :

Email :

Date et Signature



**32 Avenue Albert Raimond
42270 Saint-Priest-en-Jarez**