

Nom : Prénom :

Date de Naissance :/...../..... Téléphone :

Email :

FICHE MEDICALE

Indication du médecin généraliste Indication du rhumatologue Indication du dermatologue

Sport

Récupération

Autre indication :

Discipline sportive :

Niveau : Loisir / International / National / Régional / Départemental

Programme : Récupération / Externe

Interrogatoire médical

- | | | |
|---|-----|-----|
| ➤ Traitement en cours : | Oui | Non |
| ➤ Dispositif médical (dispositif sous cutané) | Oui | Non |
| ➤ Antécédent cardio vasculaire | | |
| *Pace maker | Oui | Non |
| *Infarctus du myocarde, insuffisance coronaire | Oui | Non |
| *Hypertension artérielle | Oui | Non |
| *Artériopathie, thrombose veineuse, phlébite | Oui | Non |
| *Maladie de Raynaud | Oui | Non |
| ➤ Antécédent de pathologie respiratoire | | |
| *Insuffisance respiratoire | Oui | Non |
| *Asthme | Oui | Non |
| ➤ Epilepsie | Oui | Non |
| ➤ Intervention chirurgicale récente | Oui | Non |
| ➤ Grossesse en cours | Oui | Non |
| ➤ Prise de toxique | Oui | Non |
| ➤ Terrain atopique au froid (allergie) | Oui | Non |
| ➤ Symptômes (états fébriles, symptomatologie digestive) | Oui | Non |
| ➤ Lentilles de contact | Oui | Non |
| ➤ Infection cutanée | | |
| Plaies, cicatrices récentes, piercing | | |
| ➤ Infection aiguë en cours | | |
| ➤ Autres (implant) / présence de matériel sous cutané | | |

Il conviendra de prévenir l'opérateur de tout nouveau problème de santé survenu pendant la durée des expositions au froid.

- La cryostimulation du corps entier est un dispositif utilisant le froid.
- Selon le protocole, la séance dure 3 minutes dans une pièce à - 110°C.
- Il est impératif de retirer les lentilles de contact.
- Le corps, les cheveux et les vêtements doivent être parfaitement secs.
- Cessation de toute activité sportive ½ heure avant (en cause : la transpiration)
- Protéger les extrémités du corps, les plaies, les zones fragiles et sensibles au froid.
- Enlever ou recouvrir les pièces métalliques en contact avec la peau (bijoux, piercing ...).
- Un temps de repos est nécessaire après la séance.

La séance est encadrée et conduite par un opérateur habilité,
personnel médical ou para-médical qui peut surseoir à la séance.

CONSENTEMENT

Je soussigné
certifie avoir été informé 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