

<b>BILAN SANTE ET CONSENTEMENT</b>
------------------------------------

Nom : .....

Prénom : .....

Date de naissance : ..... Age..... Taille..... Poids.....

Sport  Lequel .....Nbre heures/semaine.....

Adresse : .....  
.....

Téléphone : ..... Email : .....

La Cryothérapie Corps Entier (CCE) est une thérapie non médicale par le froid, elle est pratiquée en séance d'environ 3 minutes. Les séances sont effectuées sous contrôle d'un membre de l'équipe formé et habilité. bi'NERGY dispose de toutes les assurances légales à la pratique de la CCE ainsi que des certificats de conformité pour sa machine.

**Précautions avant et après séances :**

- Pas d'activité sportive 1/2h auparavant
- Pas de douche ou bain 1/2h avant et après
- Votre peau et vos cheveux doivent être parfaitement secs
- Votre peau ne doit pas présenter de lésion cutanée sinon penser à les couvrir
- Ne pas venir avec des vêtements humides, prévoir un maillot de bain et/ou brassière pour les dames (éviter les armatures métallique)
- Vous retirerez vos bijoux et montres de toute sorte, de même que les lunettes, lentilles de contact, dispositifs d'audioprothèse, piercing....
- Ne pas avoir consommé d'alcool ou de stupéfiant

**Contre-indications absolues\***

- |   |   |
|---|---|
| •1. Hypertension artérielle non traitée                       | Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> |
| •2. Infarctus du myocarde datant de moins de six mois         | Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> |
| •3. Insuffisance respiratoire ou circulatoire décompensées    | Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> |
| •4. Angor instable  | Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> |
| •5. Stimulateur cardiaque                                     | Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> |
| •6. Artériopathie périphérique (stades III et IV de Fontaine) | Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> |

- 7. Antécédent de thrombose veineuse Oui  Non
- 8. Infection respiratoire aiguë fébrile Oui  Non
- 9. Pathologie aiguë rénale ou urinaire Oui  Non
- 10. Anémie importante Oui  Non
- 11. Phénomènes d'allergie au froid Oui  Non
- 12. Cachexie Oui  Non
- 13. Épilepsie Oui  Non
- 14. Infection cutanée bactérienne ou virale, Oui  Non
- 15. Alcoolisme ou toxicomanie Oui  Non

**Contre-indications relatives\***

- 1. Troubles du rythme cardiaque Oui  Non
- 2. Insuffisance valvulaire Oui  Non
- 3. Suites d'opération cardiaque Oui  Non
- 4. Cardiopathie ischémique Oui  Non
- 5. Syndrome de Raynaud Oui  Non
- 6. Polyneuropathie Oui  Non
- 7. Grossesse à partir du 4ème mois Oui  Non
- 8. Vascularites Oui  Non
- 9. Claustrophobie Oui  Non
- 10. Hypothyroïdie Oui  Non
- 11. Hyperhidrose Oui  Non

\*Consensus médical à Bad Vöslau-Autriche Février 2006

Je soussigné(e).....certifie sur l'honneur 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.

Je renonce également à tous recours juridiques à l'encontre de bi'NERGY en cas de fausses déclarations. En cas de doute sur les contre-indications notées ci-dessus, nous vous invitons à vous rapprocher de votre médecin traitant afin qu'il valide ou pas votre aptitude à la pratique de la Cryothérapie Corps Entier.

Date et signature précédées de la mention « lu et approuvé »