

BILAN SANTE ET CONSENTEMENT

Nom :

Prénom :

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

Sport LequelNbre 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 »