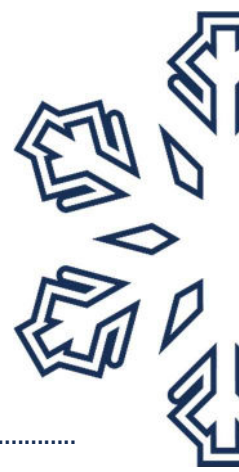


# CRYO BAR



## INFORMATIONS :

Nom : ..... Prénom : .....

Date de naissance : ..... / ..... / ..... Téléphone : .....

Adresse : .....

Email : .....@..... Newsletter :  Oui  Non

Taille : ..... Poids : .....

Avez-vous déjà pratiqué une séance de cryothérapie en corps entier :  Oui  Non

Médecin traitant : .....

Merci de nous signaler tout changement concernant votre état de santé et/ou vos traitements médicaux

## Objectif :

**Traitement sportif**  
*Sport pratiqué :*

**Traitement médical**  
*Pathologie :*

**Bien-être**

## FICHE MÉDICALE CRYOTHÉRAPIE CORPS ENTIER (CCE) :

### Antécédents cardio-vasculaires :

- Insuffisances cardiaques/coronariennes  Oui  Non
- Irrégularités du rythme cardiaque  Oui  Non
- Infarctus du myocarde de moins d'un an  Oui  Non
- Hypertension artérielle non stabilisée  Oui  Non
- Artériopathie des membres inférieurs  Oui  Non
- Thrombose veineuse/phlébite  Oui  Non
- Maladie de Raynaud  Oui  Non
- Autre : .....  Oui  Non

### Antécédents pulmonaires :

- Asthme aigu  Oui  Non
- BPCO (broncho pneumopathie chronique obstructive)  Oui  Non
- Insuffisances respiratoires  Oui  Non
- Embolies pulmonaires  Oui  Non
- Autre : .....  Oui  Non

**Antécédents généraux :**

- |                                |                              |                              |
|--------------------------------|------------------------------|------------------------------|
| ➤ Cancer                       | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| ➤ Hyperthyroïdie/hypothyroïdie | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| ➤ Épilepsie                    | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| ➤ Diabète                      | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| ➤ Anémie en cours              | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| ➤ Fièvre en cours              | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |

**Dispositifs médical sous-cutané** (Pacemaker, Stent, Neurostimulateur...)

- Oui : .....  Non

**Pathologies inflammatoires en crise** (Polyarthrite rhumatoïde, Spondylarthrite ankylosante)

- Oui : .....  Non

**Pathologies dégénératives en crise** (Parkinson, Alzheimer, Sclérose en plaques...)

- Oui : .....  Non

**Pathologies rénales et vésicales** (colique néphrétique/hépatique, hyperuricémie)

- Oui : .....  Non

**Terrain allergique au froid**

- Oui  Non

**Blessures cutanées**

- Oui  Non

**Intervention chirurgicale récente**

- Oui  Non

**Grossesse en cours**

- Oui  Non

Je soussigné(e) ..... certifie sur l'honneur avoir lu et compris les informations ainsi que les contre-indications concernant la pratique de la cryothérapie corps entier.

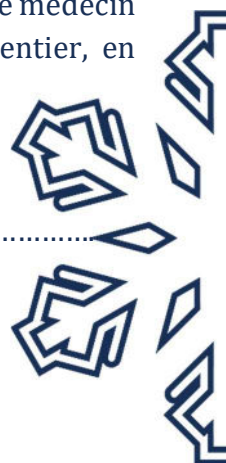
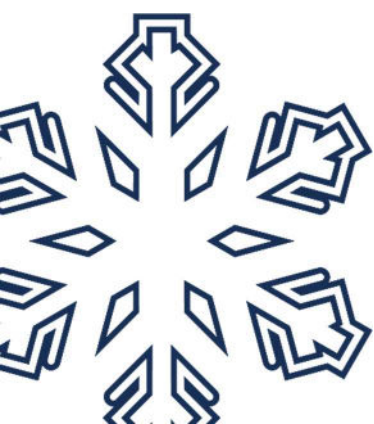
Je certifie également la sincérité et l'exactitude des réponses apportées au questionnaire médical, et m'engage à signaler tout changement afin d'en assurer la mise à jour.

En cas de doute sur les contre-indications notées ci-dessus, nous vous invitons à consulter votre médecin traitant afin qu'il valide votre aptitude physique à la pratique de la cryothérapie corps entier, en remplissant un avis médical.

**Comment nous avez-vous connu?**

- Google  Réseaux sociaux  Amis/Famille  Presse  Via cryobar.fr  Autre .....

**Signature :**



**CRYOBAR**

140 rue Charonne 75011 Paris  
Tel : 09 86 51 75 75 - Email : info@cryobar.fr  
www.cryobar.fr