



CRYO D'OC

Cryothérapie Corps Entier
ZAC de Viargues
34440 Colombiers

Informations :

La Cryothérapie Corps Entier (CCE) est une thérapie physique passive par le froid , de courte durée (2 à 3 minutes), à action systémique, à une température de -110°C. Son action découle du principe « excitation – réaction – adaptation ». Les applications de la cryothérapie sur le corps entier sont utilisées aussi bien à des fins thérapeutiques que pour optimiser les performances.

Certaines précautions sont nécessaires avant la séance

- Pas d'activité sportive 1/2 heure auparavant
- Pas de douche ou de bain 1/2 heure auparavant
- Changer tout vêtement humide, être totalement sec (cheveux, corps et vêtements)
- Ne pas appliquer de crème corporelle au moins 3 heures avant la séance
- Enlever les lentilles de contact
- Enlever tout élément métallique (bijoux, piercing...)
- Détecter toute plaie cutanée récente
- Protéger les cicatrices (sparadraps,...) et les zones sensibles au froid
- Pas d'alcool ni de drogue

Comment se déroule une séance

- Déroulement: premier accès à une préchambre où la température est de -60°C, on y reste 15-20 secondes, puis l'opérateur autorise le passage dans la chambre de Traitement à -110°C, où l'on marche en effectuant des petits mouvements de bras, durant 2'30 minutes environ. Sur ordre de l'opérateur on retourne dans la préchambre pendant 15 secondes environ, puis c'est la sortie.
- Inspirer l'air par le nez, expirer par la bouche (l'expiration est 2 fois plus longue que l'inspiration)
- Se déplacer en rond par petits pas dans la chambre de Cryothérapie
- Ne pas battre les mains, ne pas frotter ou taper la surface du corps
- Ne pas toucher les parois.

Une tenue pour l'occasion est nécessaire :

Elle se constitue de gants, d'un chapeau, de chaussettes chaudes. sabots et masque de protection pour le nez et la bouche, sont fournis. Munissez-vous d'un short et d'une brassière pour les femmes.



CRYO D'OC

Cryothérapie Corps Entier
ZAC de Viargues
34440 Colombiers

Antécédents Médicaux

Trouble du rythme cardiaque	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Insuffisance ou rétrécissement valvulaire	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Infarctus du myocarde de moins de 6 mois	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Angine de poitrine (Cardiopathie ischémique)	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Hypertension artérielle non contrôlée	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Artériopathie de stade 3 ou 4	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Pace Maker / dispositif sous cutané	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Affection respiratoire (Asthme, broncho-pneumopathie)	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Thrombose veineuse profonde/phlébite	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Syndrome de Raynaud prononcé ou Allergie au froid	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Infection respiratoire aiguë	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Colique néphrétique	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Epilepsie	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Cryoglobulinémie	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Infection cutanée (aigüe bactérienne ou virale)	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Grossesse connue	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Tumeur en cours de soin	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Prise récente d'alcool ou de drogue	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Claustrophobie	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Intervention chirurgicale depuis - de 6 mois	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>

Si oui merci de préciser :

Si vous avez répondu oui à l'un des items, il existe une contre indication à cette technique.

Je soussigné(e)..... Certifie avoir lu les informations concernant la Cryothérapie Corps Entier et avoir répondu sincèrement au questionnaire ci-dessus. Je m'engage à respecter les consignes de l'opérateur en Cryothérapie et à signaler tout nouveau problème médical avant chaque séance. Je renonce également à tous recours juridiques à l'encontre de l'établissement Cryod'Oc en cas de fausses déclarations

Nom : Prénom :

Pathologie Laquelle.....

Préparation/Récupération Sportive Lequel.....

Téléphone :Email :

Date et signature: