



FICHE d'INFORMATION

Pour mieux vous connaître...

NOM : Prénom :	Taille :	Poids :	
Date de Naissance :	Côté atteint :	D <input type="checkbox"/>	G <input type="checkbox"/>
Famille :	Côté dominant :	D <input type="checkbox"/>	G <input type="checkbox"/>
Profession :	Portable :		
Loisirs :	Mail :		

Détaillez rapidement votre vécu sportif (avant les traitements) :

<u>ACTIVITES PRATIQUEES</u>	<u>NIVEAU</u>	<u>PERIODE</u>
• -----	• -----	• -----
• -----	• -----	• -----
• -----	• -----	• -----
• -----	• -----	• -----

Depuis votre cancer, vous a-t-on conseillé l'activité physique ?

<input type="checkbox"/> non, on m'a interdit de pratiquer	<input type="checkbox"/> oui, on m'a parlé des bénéfices de l'activité physique
<input type="checkbox"/> non, on m'a mise en garde sur les risques de pratiquer	<input type="checkbox"/> oui, on m'a recommandé de faire de l'activité physique
<input type="checkbox"/> non, on ne m'en a pas parlé	<input type="checkbox"/> oui, mais je ne sais pas pourquoi

Depuis votre cancer, quelle a été votre pratique physique ?

<u>Activités pratiquées</u>	<u>Fréquence par semaine</u>	<u>Nombre d'heures par semaine</u>
• -----	• -----	• -----
• -----	• -----	• -----
• -----	• -----	• -----
• -----	• -----	• -----

Quelles ont été les étapes de votre traitement ?

<p>CHIRURGIE</p> <p>Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/></p> <p>Si oui Dates :</p>	<p>RADIODHÉRAPIE</p> <p>Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/></p> <p>Si oui Dates :</p>	<p>CHIMIOTHERAPIE</p> <p>Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/></p> <p>Si oui Dates :</p>
<p>HERCEPTIN</p> <p>Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/></p> <p>Si oui Dates :</p>	<p>HORMONOTHERAPIE</p> <p>Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/></p> <p>Si oui Dates :</p>	<p>RECONSTRUCTION</p> <p>Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/></p> <p>Si oui Dates :</p>

Quelles sont les séquelles de votre maladie et de ses traitements ?

Douleur ou limitation d'épaule <input type="checkbox"/>	Douleur ou faiblesse du dos <input type="checkbox"/>
Lymphœdème du membre supérieur <input type="checkbox"/>	Douleur ou faiblesse du ventre <input type="checkbox"/>
Douleurs et raideurs articulaires <input type="checkbox"/>	Douleurs nerveuses <input type="checkbox"/>

Avez-vous d'autres problèmes de santé ou d'autres douleurs ? Si oui lesquels :

Connaissez-vous le PILATES ? Oui Non Connaissez-vous le ROSE PILATES ? Oui Non

Certificat Médical :

Oui

Non

Nom de votre médecin traitant :

Nom de votre kinésithérapeute :

Bilan pour le ROSE PILATES :

Date : / /

<p>Vous levez le bras jusqu'à l'horizontale</p> <p>Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/></p>	<p>Vous levez le bras jusqu'à la verticale</p> <p>Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/></p>	<p>Vous portez votre main derrière le dos</p> <p>Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/></p>
<p>Vous pouvez vous coucher sur le ventre</p> <p>Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/></p>	<p>Vous pouvez vous allonger sur votre côté opéré</p> <p>Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/></p>	<p>Vous pouvez vous placer à quatre pattes</p> <p>Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/></p>
<p>Vous pouvez vous appuyer sur la main du côté opéré</p> <p>Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/></p>	<p>Vous savez contracter votre périnée</p> <p>Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/></p>	<p>Vous savez rentrer le ventre sans bouger la région lombaire</p> <p>Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/></p>
<p>Vous savez souffler en rentrant le ventre</p> <p>Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/></p>	<p>Vous savez garder votre dos plat en ramassant un objet</p> <p>Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/></p>	<p>Vous savez resserrer vos omoplates</p> <p>Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/></p>