



FICHE d'INFORMATION

Pour mieux vous connaître...

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

Détaillez rapidement votre vécu sportif (avant les traitements) :

<u>Activités pratiquées</u>	<u>Niveau</u>	<u>Période</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>Si oui Type :</p>	<p>Radiothérapie</p> <p>Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/></p> <p>Si oui Dates :</p>	<p>Chimiothérapie</p> <p>Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/></p> <p>Si oui Dates :</p> <p>PAC / CIP : Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/></p>
<p>Immunothérapie</p> <p>Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/></p> <p>Si oui Dates :</p>	<p>Hormonothérapie</p> <p>Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/></p> <p>Si oui depuis quand :</p>	<p>Reconstruction</p> <p>Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/></p> <p>Si oui Dates :</p> <p>Si oui Type :</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"/>	Autres Douleurs <input type="checkbox"/>
Cordes lymphatiques <input type="checkbox"/>	Aucune séquelle <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 :

Non

Oui

date :

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>