



## FICHE d'INFORMATION

*Pour mieux vous connaître...*

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

**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><b>Chirurgie</b></p> <p>Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/></p> <p>Si oui Dates :</p> <p>Si oui Type :</p>	<p><b>Radiothérapie</b></p> <p>Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/></p> <p>Si oui Dates :</p>	<p><b>Chimiothérapie</b></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><b>Immunothérapie</b></p> <p>Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/></p> <p>Si oui Dates :</p>	<p><b>Hormonothérapie</b></p> <p>Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/></p> <p>Si oui depuis quand :</p>	<p><b>Reconstruction</b></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 ?

<b>Douleur ou limitation d'épaule</b> <input type="checkbox"/>	<b>Douleur ou faiblesse du dos</b> <input type="checkbox"/>
<b>Lymphœdème du membre supérieur</b> <input type="checkbox"/>	<b>Douleur ou faiblesse du ventre</b> <input type="checkbox"/>
<b>Douleurs et raideurs articulaires</b> <input type="checkbox"/>	<b>Autres Douleurs</b> <input type="checkbox"/>
<b>Cordes lymphatiques</b> <input type="checkbox"/>	<b>Aucune séquelle</b> <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>