



COHORTE ACTIVITE PHYSIQUE ADAPTEE ET REHABILITATION RESPIRATOIRE (APA2R)

Données initiales – Inscription et Bilan Physique

I - Partie Patient

Date du bilan physique initial : / ____ / ____ / ____ /

Provenance : ₁ Ma Salle Santé ₂ Les Sables d'Olonne ₃ Autres :

Date de l'inscription : / ____ / ____ / ____ /

NOM : PRENOM :

Date de naissance : / ____ / ____ / ____ /

Sexe : ₁ F ₂ M

Situation maritale : ₁ Marié(e) ₂ Pacsé(e) ₃ Divorcé(e) ₄ En couple ₅ Célibataire ₆ Veuf/ve

Situation professionnelle :

₁ Actif :

₂ Inactif : ₃ En arrêt maladie ₄ Retraité ₅ En recherche d'emploi

INSCRIPTION

1. Type de séance(s) :

₁ Pilates

₂ Circuit training Niveau 1

₃ Circuit training Niveau 2

₄ Gym Prévention Santé Niveau 1

₅ Gym Prévention Santé Niveau 2

₆ Relaxation/Stretching

₇ Renforcement musculaire Niveau 1

₈ Renforcement musculaire Niveau 2

₉ Cardio sur vélo

₁₀ Cardio

2. Nombre de séance(s) par semaine :

₁ 1 séance/semaine

₂ 2séances/semaine

PROFIL DE L'ADHERENT

1. Pathologie(s) :

Pathologie respiratoire : ₁ Oui ₂ Non

Autres Pathologies :

.....

.....

.....

2. ALD : ₁ Oui ₂ Non

3. Quelles sont vos attentes concernant l'activité physique :

.....

.....

.....

4. Quel sont vos souhaits concernant l'activité physique :

.....

.....

.....

5. Historique de pratique :

.....

.....

.....

ANTHROPOMETRIE

1. Taille :cm

2. Poids :kg

QUESTIONNAIRE D'ÉVALUATION GÉNÉRALE

Date de l'évaluation : |_|_| | |_|_| | |_|_|_|_|

1. De façon générale, comment qualifieriez-vous votre humeur ?

- ₁ Très bonne ₂ Bonne ₃ Moyenne ₄ Mauvaise ₅ Très mauvaise ₆ Variable
₇ Autres :

2. Sur une note de 10 (0= pas du tout motivé, 10 = très motivé), comment noteriez-vous votre motivation à pratiquer une activité physique ?

3. Bénéficiez-vous d'une prise en charge pour l'activité physique auprès de votre mutuelle/caisse de retraite ?

- ₁ Oui ₂ Non

1. EQ-5D-3L

Date de l'évaluation : |_|_| |_|_| |_|_|_|_|

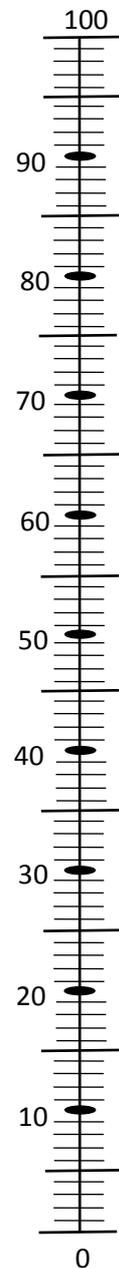
Pour chaque rubrique, veuillez cocher UNE case, celle qui décrit le mieux votre santé AUJOURD'HUI.

MOBILITÉ	
Je n'ai aucun problème pour me déplacer à pied	<input type="checkbox"/>
J'ai des problèmes pour me déplacer à pied	<input type="checkbox"/>
Je suis obligé(e) de rester alité(e)	<input type="checkbox"/>
AUTONOMIE DE LA PERSONNE	
Je n'ai aucun problème pour prendre soin de moi	<input type="checkbox"/>
J'ai des problèmes pour me laver ou m'habiller tout(e) seul(e)	<input type="checkbox"/>
Je suis incapable de me laver ou de m'habiller tout(e) seul(e)	<input type="checkbox"/>
ACTIVITÉS COURANTES (<i>exemples: travail, études, travaux domestiques, activités familiales ou loisirs</i>)	
Je n'ai aucun problème pour accomplir mes activités courantes	<input type="checkbox"/>
J'ai des problèmes pour accomplir mes activités courantes	<input type="checkbox"/>
Je suis incapable d'accomplir mes activités courantes	<input type="checkbox"/>
DOULEURS / INCONFORT	
Je n'ai ni douleur ni gêne	<input type="checkbox"/>
J'ai des douleurs ou des gênes modérée(s)	<input type="checkbox"/>
J'ai des douleurs ou des gênes extrême(s)	<input type="checkbox"/>
ANXIÉTÉ / DÉPRESSION	
Je ne suis ni anxieux(se) ni déprimé(e)	<input type="checkbox"/>
Je suis modérément anxieux(se) ou déprimé(e)	<input type="checkbox"/>
Je suis extrêmement anxieux(se) ou déprimé(e)	<input type="checkbox"/>

VOTRE SANTE AUJOURD'HUI = nous aimerions savoir dans quelle mesure votre santé est bonne ou mauvaise AUJOURD'HUI

- Cette échelle est numérotée de 0 à 100.
- 100 correspond à la meilleure santé que vous puissiez imaginer.
- 0 correspond à la pire santé que vous puissiez imaginer
- Veuillez faire un X sur l'échelle afin d'indiquer votre état de santé AUJOURD'HUI
- Maintenant, veuillez noter dans le case ci-dessous le chiffre que vous avez coché sur l'échelle

La meilleure santé que vous puissiez imaginer



La pire santé que vous puissiez imaginer

II - Partie Médicale

A remplir par le professionnel (EAPA, Kiné, Ergo,...)

ENDURANCE CARDIOVASCULAIRE

1. Fréquence cardiaque de repos :battements/minutes
2. Fréquence cardiaque maximale (Méthode d'Astrand, $F=226-\text{âge}$ / $H=220-\text{âge}$) :
..... battements/minutes
3. Fréquence cardiaque de réserve (Formule de Karvonen, $F_{\text{cmax}}-F_{\text{Crepos}}$) :
..... battements/minutes
4. Fréquences cardiaques cibles (Formule de Karvonen) :
40% ($(0.40 F_{\text{Cr}})+F_{\text{Crepos}}$) : battements/minutes
60% ($(0.60 F_{\text{Cr}})+F_{\text{Crepos}}$) : battements/minutes

TM6 : ₁ Oui ₂ Non

Distance parcourue :m Distance moyenne théorique :

Saturation à la 3^{ème} min% Fc à la 3^{ème} min

ENDURANCE MUSCULAIRE

1. Test lever chaise sur 60 secondes : répétitions
2. Flexion de bras sur 60 secondes (500g pour les femmes, 1kg pour les hommes) :
..... répétitions
₁ Très bon ₂ Bon ₃ Moyen ₄ Faible ₅ Très faible

SOUPLESSE

1. Test de Schober, distance doigts/sol : cm
- ₁ Très bonne souplesse ₂ Bonne souplesse ₃ Souplesse faible
₄ Souplesse très faible

EQUILIBRE

1. Temps d'équilibre maximal sur un pied, dans la limite de 31 secondes :

Pied droit	Pied gauche
.....secondessecondes
<input type="checkbox"/> ₁ Risque de chute important (<5 secondes)	<input type="checkbox"/> ₁ Risque de chute important (<5 secondes)
<input type="checkbox"/> ₂ Risque de chute modéré (5-30 secondes)	<input type="checkbox"/> ₂ Risque de chute modéré (5-30 secondes)
<input type="checkbox"/> ₃ Très faible risque de chute (> 30 secondes)	<input type="checkbox"/> ₃ Très faible risque de chute (> 30 secondes)