



# COHORTE ACTIVITE PHYSIQUE ADAPTEE ET REHABILITATION RESPIRATOIRE (APA2R)

## Evaluation de suivi (M.....)

### I - Partie Patient

Date : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ /

NOM : ..... PRENOM : .....

Date de naissance : / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ /

Sexe : <sub>1</sub> F <sub>2</sub> M

### INSCRIPTION

1. Type de séance(s) :

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> <sub>1</sub> Pilates                       | <input type="checkbox"/> <sub>6</sub> Relaxation/Stretching            |
| <input type="checkbox"/> <sub>2</sub> Circuit training Niveau 1     | <input type="checkbox"/> <sub>7</sub> Renforcement musculaire Niveau 1 |
| <input type="checkbox"/> <sub>3</sub> Circuit training Niveau 2     | <input type="checkbox"/> <sub>8</sub> Renforcement musculaire Niveau 2 |
| <input type="checkbox"/> <sub>4</sub> Gym Prévention Santé Niveau 1 | <input type="checkbox"/> <sub>9</sub> Cardio sur vélo                  |
| <input type="checkbox"/> <sub>5</sub> Gym Prévention Santé Niveau 2 | <input type="checkbox"/> <sub>10</sub> Cardio                          |

2. Nombre de séance(s) par semaine : <sub>1</sub> 1 séance/semaine <sub>2</sub> 2 séances/semaine

3. Engagement moral : <sub>1</sub> Engagement initiale <sub>2</sub> Engagement renouvelé

## PROFIL DE L'ADHERENT

### 1. Pathologie(s) :

Pathologie respiratoire : <sub>1</sub> oui <sub>2</sub> Non

Autres Pathologies :

.....  
.....  
.....

## ANTHROPOMETRIE

1. Taille : .....cm

2. Poids : .....kg

## QUESTIONNAIRE D'ÉVALUATION GÉNÉRALE

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

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

<sub>1</sub> Très bonne <sub>2</sub> Bonne <sub>3</sub> Moyenne <sub>4</sub> Mauvaise <sub>5</sub> Très mauvaise <sub>6</sub> Variable

<sub>7</sub> 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. Comment noteriez-vous votre satisfaction envers votre prise en charge à Ma Salle Santé ?



<sub>1</sub> Satisfaisante



<sub>2</sub> Moyenne



<sub>3</sub> Insatisfaisante

4. Remarques :

.....

.....

.....

.....

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

<sub>1</sub> Oui      <sub>2</sub> Non

## 1. EQ-5D-3L

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

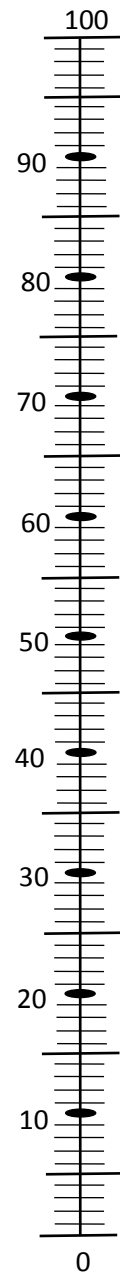
Pour chaque rubrique, veuillez cocher UNE case, celle qui décrit le mieux votre santé AUJOURD'HUI.

<b>MOBILITÉ</b>	
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"/>
<b>AUTONOMIE DE LA PERSONNE</b>	
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"/>
<b>ACTIVITÉS COURANTES</b> ( <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"/>
<b>DOULEURS / INCONFORT</b>	
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"/>
<b>ANXIÉTÉ / DÉPRESSION</b>	
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,  $F_{\text{max}}-F_{\text{Crepos}}$ ) :  
..... 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

### **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  
<sub>1</sub> Très bon    <sub>2</sub> Bon    <sub>3</sub> Moyen    <sub>4</sub> Faible    <sub>5</sub> Très faible

### **SOUPLESSE**

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

## EQUILIBRE

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

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