

CARNET DE BORD

des patients du CRCP
« Les Hauts de Chazal »



PATIENT

Nom :

Prénom :



Fondation
ARC·EN·CIEL

Ensemble, avec vous, pour vous

Présentation du Carnet de Bord

Vous allez débiter votre séjour de réadaptation au CRCP des Hauts de Chazal.

Ce carnet de bord qui va vous permettre d'une part d'adapter et de suivre au mieux votre évolution au cours du stage, et d'autre part de préparer votre projet de poursuite d'activités physiques à la sortie.

Ce carnet se constitue de plusieurs parties qui seront à compléter au fur et à mesure de votre prise en charge et sera retravaillé en compagnie d'un rééducateur.

Il est donc important que vous veniez en permanence avec ce carnet et de le compléter assidument tout au long de votre présence dans l'établissement pour permettre un accompagnement optimal et des conseils individualisés.

Bon séjour à vous !



Consultation d'entrée



(à compléter en fin de consultation)

À la suite de la consultation avec l'infirmière et le spécialiste, ainsi qu'après avoir réalisé mon épreuve d'effort d'entrée, je peux relever les informations suivantes :

Mon infirmière référente : _____

Mon médecin référent : _____

ÉPREUVE D'EFFORT D'ADMISSION :

Puissance Max à l'épreuve d'effort : _____ watts

Fréquence Cardiaque Maximale à l'épreuve d'effort :
_____ battements/minute.

J'intégrerai par conséquent le **groupe** : _____

Mes jours de présence sont (cocher les jours de présence) :

- Lundi
- Mardi
- Mercredi
- Jeudi
- Vendredi

(cf feuille agrafée à la pochette d'accueil)

Bilan Initial



(à compléter avant la séance d'accueil)

1) Les Douleurs

Avez-vous des douleurs ? (quotidienne(s) ou lors d'une sollicitation)

Si oui, entourez-la ou les zone(s) concernée(s) par les douleurs, évaluez l'intensité de la douleur pour chaque zone entre 0 et 10 (à l'aide de l'échelle visuelle analogique en bas de la page) et précisez si vous avez déjà réalisé des examens par rapport à cette douleur (radio, IRM, scanner...)

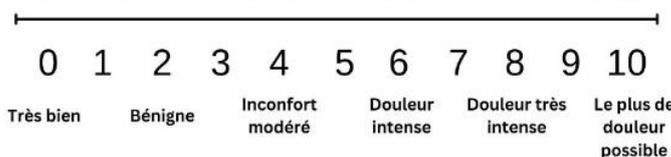
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

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

Ex : Epaule Droite
EVA 6/10

Échelle Visuelle Analogique

Évaluez votre douleur ou montrez le visage qui décrit ce que vous ressentez



Consultation d'entrée

Bilan Initial

Classez les zones douloureuses signalées dans l'ordre de la plus limitante à la moins gênante :

- 1-
- 2-
- 3-
- 4-
- 5-

Ces douleurs vous limitent :

- Dans la vie quotidienne :

- Non Oui de manière légère Oui de façon modérée Oui de manière importante

- Dans la vie professionnelle :

- Non Oui de manière légère Oui de façon modérée Oui de manière importante

- Dans mes activités de loisirs :

- Non Oui de manière légère Oui de façon modérée Oui de manière importante

- Autre(s) activité(s) (à préciser) :

.....

- Non Oui de manière légère Oui de façon modérée Oui de manière importante

Avez-vous en ce moment une prise en charge de cette douleur ?

- Non
- Oui (prise en charge médicamenteuse)
- Oui avec une prise en charge kiné :
- Actuelle
- Il y a 6 mois ou plus
- Oui avec une autre prise en charge (à préciser) :

.....

**Consultation
d'entrée**

**Bilan
Initial**

2) L'Activité Physique

Avez-vous des craintes par rapport à l'activité physique ?

- Oui
- Non

Si Oui, lesquelles ?

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Quelles sont vos attentes en terme d'activité physique ?

- Amélioration du souffle
- Amélioration du sommeil
- Gain d'énergie
- Augmentation du périmètre de marche
- Augmenter/maintenir la masse musculaire
- Diminuer la masse graisseuse
- Récupérer de la mobilité
- Diminuer le stress
- Liens sociaux
- Autres (à préciser) :

.....

.....

.....

.....

Savez-vous ce que signifie la sédentarité ?

- Oui
- Non

Si oui, pensez-vous être sédentaire ?

- Oui
- Non

**Consultation
d'entrée**

**Bilan
Initial**



Bilan d'Activités Physiques (AP) :

Quelles activités pratiquez-vous à l'heure actuelle et à quelle fréquence ?

Quelle durée ? Quelle AP ?	Quelle fréquence ?	Quelle durée ?	Dans quel cadre ?
Cyclo ou Vélo <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Occasionnellement <input type="checkbox"/> 1x/semaine <input type="checkbox"/> 2x/semaine <input type="checkbox"/> 3x ou +/semaine	<input type="checkbox"/> - de 30' <input type="checkbox"/> 30-60' <input type="checkbox"/> + de 60' <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Pratique seul <input type="checkbox"/> Pratique avec de l'entourage <input type="checkbox"/> Pratique encadrée (club ou association)
Marche <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Occasionnellement <input type="checkbox"/> 1x/semaine <input type="checkbox"/> 2x/semaine <input type="checkbox"/> 3x ou +/semaine	<input type="checkbox"/> - de 15' <input type="checkbox"/> 15-30' <input type="checkbox"/> 30-45' <input type="checkbox"/> 45' ou +	<input type="checkbox"/> Pratique seul <input type="checkbox"/> Pratique avec de l'entourage <input type="checkbox"/> Pratique encadrée (club ou association)
	<input type="checkbox"/> Occasionnellement <input type="checkbox"/> 1x/semaine <input type="checkbox"/> 2x/semaine <input type="checkbox"/> 3x ou +/semaine	<input type="checkbox"/> - de 15' <input type="checkbox"/> 15-30' <input type="checkbox"/> 30-45' <input type="checkbox"/> 45' ou +	<input type="checkbox"/> Pratique seul <input type="checkbox"/> Pratique avec de l'entourage <input type="checkbox"/> Pratique encadrée (club ou association)
	<input type="checkbox"/> Occasionnellement <input type="checkbox"/> 1x/semaine <input type="checkbox"/> 2x/semaine <input type="checkbox"/> 3x ou +/semaine	<input type="checkbox"/> - de 15' <input type="checkbox"/> 15-30' <input type="checkbox"/> 30-45' <input type="checkbox"/> 45' ou +	<input type="checkbox"/> Pratique seul <input type="checkbox"/> Pratique avec de l'entourage <input type="checkbox"/> Pratique encadrée (club ou association)
	<input type="checkbox"/> Occasionnellement <input type="checkbox"/> 1x/semaine <input type="checkbox"/> 2x/semaine <input type="checkbox"/> 3x ou +/semaine	<input type="checkbox"/> - de 15' <input type="checkbox"/> 15-30' <input type="checkbox"/> 30-45' <input type="checkbox"/> 45' ou +	<input type="checkbox"/> Pratique seul <input type="checkbox"/> Pratique avec de l'entourage <input type="checkbox"/> Pratique encadrée (club ou association)

Ce que j'aime dans les AP ?

-
-
-
-
-

Ce que je n'aime pas dans les AP ?

-
-
-
-
-

Consultation
d'entrée

Bilan
Initial

Suivi de séjour : Bilan 1^{ère} semaine



(à compléter à chaque fin de semaine)

Mon ressenti de la semaine

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

Mes douleurs :

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

Mes difficultés :

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

Changement de groupe en début ou au cours de la semaine ?

- Oui Non

Si Oui, mon nouveau groupe est :

Mes nouveaux jours de présence sont :

- Lundi
 Mardi
 Mercredi
 Jeudi
 Vendredi

Consultation
d'entrée

Bilan Initial

Suivi du
Séjour

Suivi de séjour :

Bilan 2^{ème} semaine

(à compléter à chaque fin de semaine)

Mon ressenti de la semaine :

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Changement de groupe en début ou au cours de la semaine ?

Oui

Non

Si Oui, mon nouveau groupe est :

Mes nouveaux jours de présence sont :

Lundi

Mardi

Mercredi

Jeudi

Vendredi

**Consultation
d'entrée**

Bilan Initial

**Suivi du
Séjour**

Suivi de séjour :

Bilan 3^{ème} semaine

(à compléter à chaque fin de semaine)

Mon ressenti de la semaine :

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Changement de groupe en début ou au cours de la semaine ?

- Oui Non

Si Oui, mon nouveau groupe est :

Mes nouveaux jours de présence sont :

- Lundi
- Mardi
- Mercredi
- Jeudi
- Vendredi

**Consultation
d'entrée**

Bilan Initial

**Suivi du
Séjour**

Suivi de séjour :

Bilan 4^{ème} semaine

(à compléter à chaque fin de semaine)

Mon ressenti de la semaine :

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Changement de groupe en début ou au cours de la semaine ?

Oui

Non

Si Oui, mon nouveau groupe est :

Mes nouveaux jours de présence sont :

Lundi

Mardi

Mercredi

Jeudi

Vendredi

Consultation
d'entrée

Bilan Initial

Suivi du
Séjour

Projet en Activités Physiques

(à compléter avant la séance « sortant »)

Projet de poursuite d'AP après le séjour :

Identifier les AP qui pourraient vous plaire, les créneaux que vous pourriez consacrer à votre AP au cours de votre semaine, les associations/club autour de chez vous qui pourraient vous correspondre.

1) Identifier les créneaux les plus propices à la mise en place d'AP :

	LUNDI	MARDI	MERCREDI	JEUDI	VENDREDI	SAMEDI	DIMANCHE
Avant 8h							
8h- 10h							
10h- 12h							
12h- 14h							
14h- 16h							
16h- 18h							
Après 18h							

2) Quelle(s) Activité(s) Physique(s) vous plaisent ? (Il est important de trouver une activité dans laquelle je peux trouver du **PLAISIR** à la pratique) :

-	-
-	-
-	-

Consultation
d'entrée

Bilan Initial

Suivi du
Séjour

Projet en
Activités
physiques

3) Identifier les Clubs/Associations/Maison de Quartier proches de chez moi qui peuvent me permettent de poursuivre cette activité de manière encadrée (si possible ajouter les coordonnées de la structure)

Nom du club ou association	AP proposée(s)	Coordonnées

Quel budget je peux allouer à mes activités ?

.....€/mois

De quelles aides je peux bénéficier pour mes AP ?

• **Ma Mutuelle :**

Oui

Non

• **Réseau Sport Santé :**

Oui

Non

• **Autres (à préciser) :**

.....
.....

**Consultation
d'entrée**

Bilan Initial

**Suivi du
Séjour**

**Projet en
Activités
physiques**

