

Date :



Fiche d'information Pilates & Cancer du sein

INFORMATIONS GÉNÉRALES

Nom : Prénom :

Age :ans Téléphone : Mail :

Loisirs :

Activités pratiquées :	Depuis quand ?	A quelle fréquence ?

Côté dominant : Droit Gauche

Côté atteint : Droit Gauche

Profession :

En arrêt : Non Oui jusqu'au : / /

Temps assis(e) par jour :hmin

À PROPOS DE LA MADALIE

Date de la maladie : / /

Chirurgie : Non Oui -> Date : / /

- Mastectomie
- Tumorectomie
- Oncoplastie
- Ganglion sentinelle
- Curage axillaire

Radiothérapie : Non Oui -> Date : / /

Chimiothérapie : Non Oui -> Date : / /

Hormonothérapie : Non Oui -> Quel médicament ? :

Présence d'un cathéter : Non Oui

Traitement : Non Oui -> Quel médicament ? :

Reconstruction : Non Oui -> Immédiate

Secondaire -> Date : / /

- > Type de Reconstruction :
- Prothèse
 - DIEP (Abdos)
 - TRAM (Transverse)
 - PAP (Fesses)
 - Lambeau dorsal
 - Lipomodélage
 - Autres :
 - Intervention sur autre sein->Type :

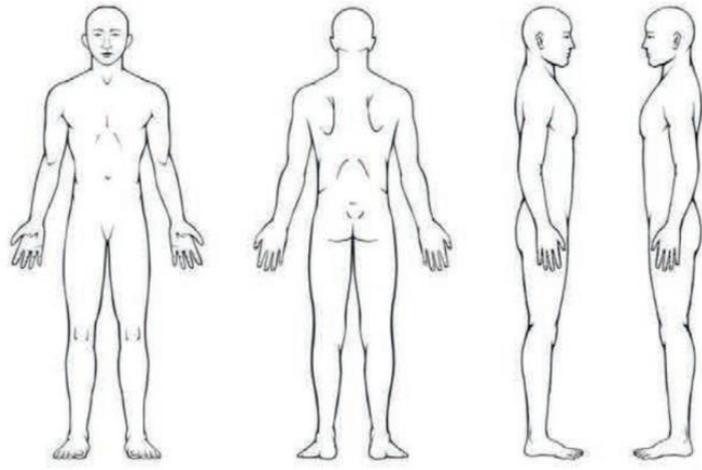
Prothèse externe : Non Oui
 Lymphocèle : Non Oui
 Lymphoœdème : Non Oui -> Localisation :
 -> Contention : Non Oui Type ->

Raideurs articulaires : Non Oui -> Localisation : Douleur -> / 10
 Cicatrice(s) : Non Oui -> Localisation : Douleur -> / 10
 Kinésithérapie antérieure : Non Oui -> Antérieure
 En cours -> Séances
 Nom du kiné :

DOULEURS

Indiquez vos gênes et/ou douleurs,
 Puis l'évaluer sur 10.

.....



TESTS FONCTIONNELS

Je peux lever le bras à 90° ? Non Oui -> Douleur : / 10
 Je peux écarter le bras à 90° ? Non Oui -> Douleur : / 10
 Je peux me laver les cheveux avec mes 2 mains? Non Oui -> Douleur : / 10
 Je peux prendre des objets en hauteur ? Non Oui -> Douleur : / 10
 Je peux me coucher sur le côté atteint ? Non Oui -> Douleur : / 10
 Je peux m'appuyer sur ma main du côté atteint ? Non Oui -> Douleur : / 10
 Je peux m'allonger sur le ventre ? Non Oui -> Douleur : / 10
 Je peux dégrafer mon soutien-gorge dans le dos? Non Oui -> Douleur : / 10
 Je ressens une perte de force / de sensibilité ? Non Oui -> Douleur : / 10
 -> Où ça ? :

Je suis essoufflé(e) ? Non Oui -> Douleur : / 10
 -> Quand :

AU QUOTIDIEN

- Au réveil, je me sens fatigué ? Non Oui -> / 10
Je me sens de bonne humeur en général ? Non Oui -> / 10
Je me sens physiquement bien en général ? Non Oui -> / 10
Je suis motivée pour commencer cette activité ? Non Oui -> / 10

LE PILATES

- J'ai déjà pratiqué cette activité? Non Oui -> Combien de temps?
- J'ai pris du poids ? Non Oui -> + kg
- J'ai perdu du poids ? Non Oui -> - kg
- Comment avez-vous découvert l'activité ?
- Pourquoi voulez-vous faire cette activité ?
- Quels sont vos attentes, objectifs, besoins ?
-
-
-
-

A EVALUER PAR LE PROFESSIONNEL

- Présence d'une APS ? Non Oui
- Engagement du centrage ? Non Oui

INFORMATIONS SUPPLEMENTAIRES

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....