

# 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, et ce carnet de bord qui va 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)

A 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 :

Mon cardiologue :

- Puissance Max à l'épreuve d'effort : .....
- Fréquence Cardiaque Max à l'épreuve d'effort : .....

J'intégrerai par conséquent le groupe : .....

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

- Lundi
- Mardi
- Mercredi
- Jeudi
- Vendredi

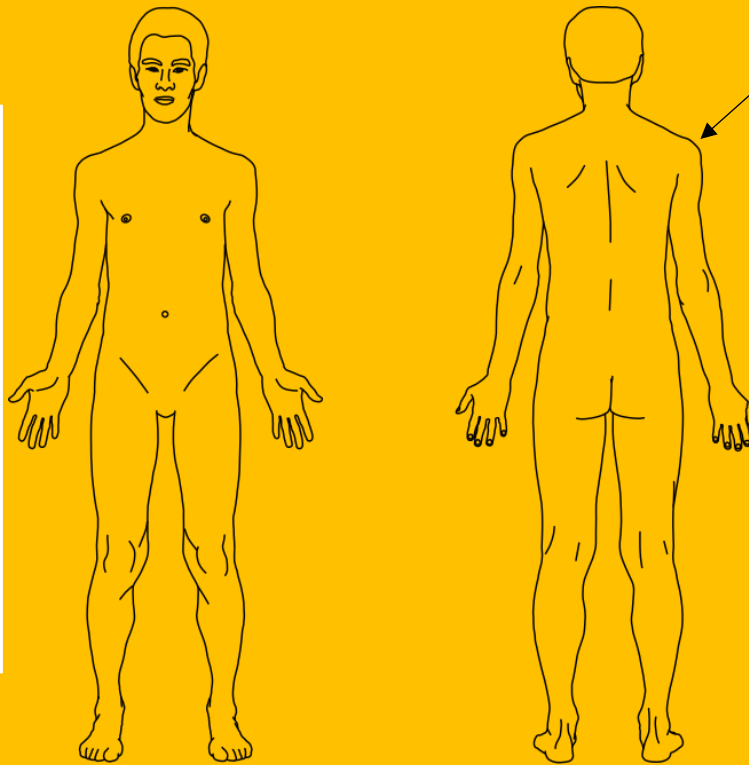
Voir feuille agrafée à la pochette d'accueil

# Bilan Initial (à compléter avant la séance d'accueil)

## 1) Les Douleurs

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

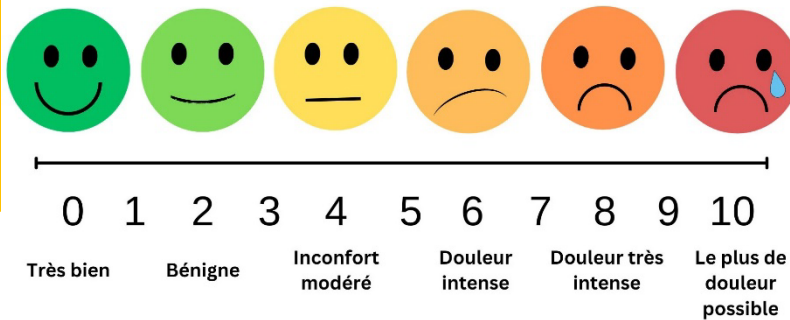
Si oui, entourez la ou les zone(s) concernée(s) par les douleurs, évaluez l'intensité de la douleur pour chaque zone entre 0 et 10 (à l'aide de l'échelle visuelle analogique en bas de la page) et précisez si vous avez déjà réalisé des examens par rapport à cette douleur (radio, IRM, scanner...)



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

- Autres activités (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 grasseuse
- 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 ?**

- .....

- .....

- .....

- .....

- .....

- .....

- .....

# Suivi de séjour : Bilan 1<sup>ère</sup> 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 2ème 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 3ème 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 4ème 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)

- ..... - .....  
- ..... - .....  
- ..... - .....

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

Consultation  
d'entrée

Bilan Initial

Suivi du Séjour

Projet en  
Activités  
physiques

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

# Prise de Note sur les séances d'Education Thérapeutiques du Patient (ETP)

**ETP APA : Comment Pratiquer une Activité Physique ?**

**ETP APA : Pourquoi pratiquer une Activité Physique ?**



# Prise de Note sur les séances d'Education Thérapeutiques du Patient (ETP)

**ETP Médicale : Questions au cardiologue**

**ETP : Les médicaments**

# Prise de Note sur les séances d'Education Thérapeutiques du Patient (ETP)

**ETP Diet : Equilibre Alimentaire**

**ETP Diet : Les Etiquettes**

**ETP Diet : Les Graisses**