

Compte rendu d'intervention

<u>Nom du Patient :</u>	<u>Date :</u>	<u>Nom Technicien :</u>
-------------------------	---------------	-------------------------

Type d'intervention : *Appareillage / Suivi / Dépannage / Désappareillage*

<u>Type de cyclo :</u> <i>Cardio Pro / Cardio PC / Cardio 2002 / TM 4605</i>	<u>N° Série :</u>
<u>Compteur :</u>	<u>Compteur Total :</u>

Seuils Cardiaque	Mini : 50	Débit O ² à l'effort : l/min	Freq. cardiaque	SV1 :
	Maxi :	Nombre de séances par semaine :		SV2 :

Paramètres de réentraînement :

Type de Protocole	CRENEAU	PEP°C	RECTANGULAIRE
<i>Temps en minutes</i>	<i>5.10.5...</i>	<i>5.4.1.4.1.5...5</i>	<i>5.30.5</i>
Echauff - Récup	watt	watt	watt
SV1	watt	watt	watt
SV2		watt	

Contrôle du cycloergomètre :

Test Cyclo <input type="checkbox"/>	Test alarme Freq. Seuil <input type="checkbox"/>	Test ceinture Polar <input type="checkbox"/>
-------------------------------------	--	--

Pour TM 4605	Délai de veille 5 min <input type="checkbox"/>	Pour Cardio PC/2002/Pro	Utilisateur N°1 <input type="checkbox"/>
	Tps de mesure 5 sec <input type="checkbox"/>	Pile changée <input type="checkbox"/>	Programme manuel <input type="checkbox"/>
		Autres réglages à 0 <input type="checkbox"/>	Puissance maxi autorisée watt

Evaluation réadaptation patient :

<p>Motivation</p> <p>0 ----- 10</p> <p><i>Manque</i> ----- <i>Grande</i></p>
<p>Envie de poursuivre l'entraînement</p> <p>0 ----- 10</p> <p><i>Pas du tout</i> ----- <i>Absolument</i></p>

<p>Efficacité du réentraînement dans votre vie quotidienne</p> <p>0 ----- 10</p> <p><i>Pas efficace</i> ----- <i>Efficace</i></p>
<p>Essoufflement dans votre vie quotidienne</p> <p>-5 ----- +5</p> <p><i>S'aggrave</i> ----- <i>S'améliore</i></p> <p style="text-align: center;"><i>Sans changement</i></p>

Observations :

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Signature du patient ou de son entourage :