

SURVEILLANCE DU REENTRAINEMENT

ADRRES : 10 bis rue de Genève-21000 Dijon : 03 80 52 66 63

CRF :

Dr :

Nom du patient :

Recommandations médicales

--

À REMPLIR PAR LE KINÉSITHÉRAPEUTE /période

• **Période (entre deux visites) du** **au**

Le carnet du réentrainement est-il bien rempli par le patient ? oui non

Le patient exécute t'il bien le réentrainement sur cycloergometre ? oui non

Evaluation de la participation du patient sur cette échelle ?

manque total de motivation 0 ————— 5 ————— 10 grande motivation

Nombre de km parcourus pendant la périodekm

Nombre de séance sur la période

Nombre de km totalisés depuis le debut du réentrainementkm

Puissance mini initiale : actuelle : Fc max initiale :

Puissance max initiale : actuelle : moy des Fc max /période :

Survenues d'éléments particulier durant la période (infection, modification du traitement, arrêt du cycloergometre et causes)

À REMPLIR PAR LE PATIENT

Est ce que cela vous parait efficace dans votre vie quotidienne ?

pas efficace 0 ————— 5 ————— 10 très efficace

Avez vous envie de poursuivre le réentrainement ?

pas du tout 0 ————— 5 ————— 10 absolument

Comment est votre essoufflement ?

s'aggrave -5 ————— 0 ————— 5 s'améliore

A REMPLIR PAR LE KINÉSITHÉRAPEUTE / la visite

Comment évaluez vous l'état respiratoire du patient au repos ?

pas de dyspnée 0 ————— 5 ————— 10 très grande dyspnée

Comment évolue la dyspnée au fil de vos visites ?

s'aggrave -5 ————— 0 ————— 5 s'améliore

Séance de kinésithérapie date de la séance :

Contenu de la séance

• Evaluation

test d'endurance

bilan intermédiaire

• Renforcement segmentaire

membres supérieurs

membres inférieurs

muscles respiratoires

muscles du tronc

• Kinésithérapie respiratoire

• Equilibre

• Etirements

Commentaires de la séance :

Epreuve d'endurance à _____ watts à réaliser la première semaine d'installation puis tous les 6 mois (selon les départements)

Nom du kinésithérapeute et signature

Signature du patient