



MIEUX VOUS CONNAITRE

Anne-Françoise RABILLARD
Instructeur Rose Pilates

Saint-Herblain
06 42 39 96 43
pilatesetvous@gmail.com

Nom: Prénom:		Taille:	Poids:
Date de naissance :		Côté atteint: droit	gauche
Famille:		Côté dominant: droit	gauche
Profession:		Portable	Nom du médecin:
Loisirs:		Mail:	Téléphone du médecin:

Détaillez rapidement votre vécu sportif(avant les traitements):

<u>Activités pratiquées</u>	<u>Niveau</u>	<u>Période</u>

Depuis votre cancer,vous a-t-on conseillé l'activité physique ?

<input type="checkbox"/> Non, on m'a interdit de pratiquer	<input type="checkbox"/> Oui, on m'a parlé des bénéfices de l'activité physique
<input type="checkbox"/> Non, on m'a mise en garde sur les risques de pratiquer	<input type="checkbox"/> Oui, on m'a recommandé de faire de l'activité physique
<input type="checkbox"/> Non, on ne m'en a pas parlé	<input type="checkbox"/> Oui, mais je ne sais pas pourquoi

Depuis votre cancer, quelle a été votre pratique physique ?

<u>Activités pratiquées</u>	<u>Fréquence par semaine</u>	<u>Nombre d'heures par semaine</u>
➔ _____	➔ _____	➔ _____
➔ _____	➔ _____	➔ _____
➔ _____	➔ _____	➔ _____
➔ _____	➔ _____	➔ _____

Quelles ont été les étapes de votre traitement ?

<p><u>Chirurgie:</u></p> <p>Non: Oui:</p> <p>Si oui Dates:</p>	<p><u>Radiothérapies:</u></p> <p>Non: Oui:</p> <p>Si oui Dates:</p>	<p>Chimiothérapies:</p> <p>Non: Oui:</p> <p>Si oui Dates:</p>
<p><u>Herceptin:</u></p> <p>Non: Oui:</p> <p>Si oui Dates:</p>	<p><u>Hormonothérapies:</u></p> <p>Non: Oui:</p> <p>Si oui Dates:</p>	<p><u>Reconstruction</u></p> <p>Non: Oui:</p> <p>Si oui Dates:</p>

Quelles sont les séquelles de votre maladie et de ses traitements ?

Douleur ou limitation d'épaule	Douleur ou faiblesse du dos
Lymphoedème du membre supérieur	Douleur ou faiblesse du ventre
Douleur et raideur articulaires	Douleurs nerveuses

Avez vous d'autres problèmes de santé ou d'autres douleurs ? Si oui, lesquels:

Connaissez-vous le **Pilates** ? Oui Non Connaissez-vous le **Rose Pilates** ? Oui Non

Nom de votre médecin traitant:	Nom de votre kinésithérapeute:
Certificat médical : Oui Non	

Bilan pour le Rose Pilates:

Date: --/--/---

Vous levez le bras jusqu'à l'horizontale Oui Non	Vous levez le bras jusqu'à la verticale Oui Non	Vous portez votre main derrière le dos Oui Non
Vous pouvez vous coucher sur le ventre Oui Non	Vous pouvez vous allonger sur le côté opéré Oui Non	Vous pouvez vous placer à quatre pattes Oui Non
Vous pouvez vous appuyer sur la main du côté opéré Oui Non	Vous savez contracter votre périnée Oui Non	Vous savez rentrer le ventre sans bouger la région lombaire Oui Non
Vous savez soufflez en rentrant le ventre Oui Non	Vous savez garder votre dos plat en ramassant un objet Oui Non	Vous savez resserrer vos omoplates Oui Non