

Mon carnet de suivi

Sport Santé

Ce carnet est un outil de liaison entre vous et les différents professionnels (médecin, kinésithérapeute, éducateur sportif...) impliqués tout au long de votre parcours en Activité Physique Adaptée.

NOM :

PRENOM :



Sport Santé 04 s'engage envers vous à :

- Proposer une activité physique régulière, adaptée, sécurisée et progressive, qui s'inscrit dans la durée
- Tester votre condition physique
- Elaborer un programme adéquat
- Evaluer à moyen terme les bénéfices attendus du programme

Vos objectifs

OBJECTIF(S) PERSONNEL(S) : Entourez ce qui vous intéresse

- maintien de la condition physique
- reprise d'activité
- récupération spécifique après blessure
- autre :

Les 5 Etapes pour une reprise sportive réussie !

Etape 1 :

Visite chez votre Médecin Traitant

- Consultation médicale
- Remise du carnet de suivi rempli notifiant les limitations fonctionnelles
- Certificat médical de non-contre-indication ou ordonnance sport santé bien être
- Sensibilisation aux bienfaits de l'activité physique sur la santé
- Orientation vers une Maison Sport Santé pour suivre le bilan sportif

Etape 2 :

Remplir vos questionnaires avant le rendez-vous auprès de Sport Santé 04

- Evaluer votre qualité de vie
- Evaluer votre souffle
- Evaluer votre niveau d'activité physique

Etape 3 :

Prise de RDV à Sport Santé 04

- Accueil, information, orientation
- Bilan Initial Sportif

Etape 4 :

J'intègre un Parcours/Programme adapté

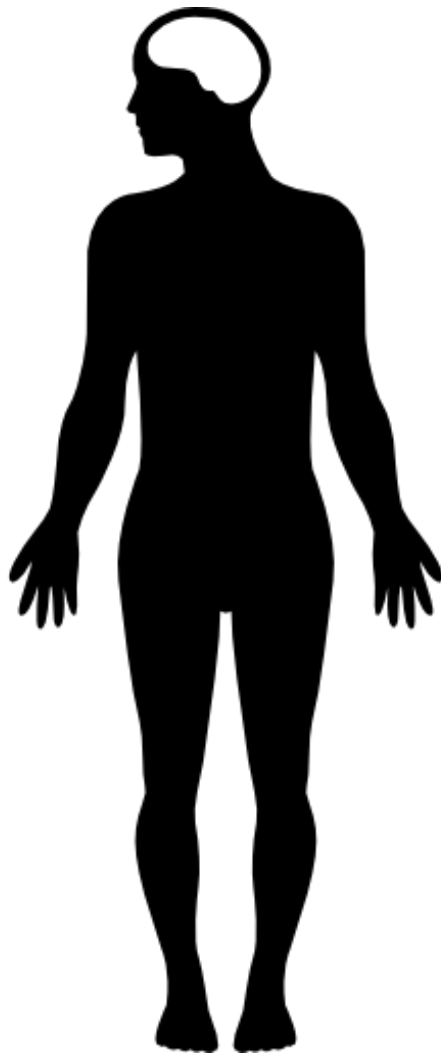
Etape 5 :

Bilan Médico-Sportif de fin de cycle

A la sortie

- J'intègre ou réintègre mon asso, club, structure...
- Je change de cycle car j'ai progressé mais j'ai encore des limitations
- Mon médecin me prescrit un cycle d'activité physique adaptée

Aidez-nous à prendre soin de vous



Quel est votre principal problème physique/ pathologie ?

Douleur ou gêne à signaler :

Documents à remplir et à nous retourner

Votre certificat médical ou prescription d'activité physique adaptée

Je soussigné(e) :..... Docteur en médecine,

Certifie avoir examiné ce jour, Mme, Mr..... né(e) le.....

Et n'avoir pas constaté, à ce jour, aucune contre-indication apparente à la pratique de l'activité physique adaptée dans les conditions ci-dessous.

Je prescris à Mme / Mr une activité physique adaptée supervisée pendant, à une fréquence hebdomadaire et à une intensité à adapter en fonction de l'évolution des aptitudes du patient, qui l'amènent progressivement vers celles recommandées, en privilégiant les développement des capacités suivantes :

Cardio-vasculaires Musculaires Souplesse Equilibre Coordination

Cette pratique devra être supervisée par un intervenant qualifié ayant les compétences requises conformément à l'instruction ministérielle, pour encadrer des patients présentant la limitation fonctionnelle suivante.

Aucune Minime Modérée Sévère

Dénomination de la pratique sportive (si nécessaire) :

Précautions ou préconisations particulière à l'intention de l'intervenant, permettant d'adapter et sécuriser la pratique

■ Types de mouvements limités en :

Amplitude Vitesse Charge Posture

■ Types d'effort limités sur le plan :

Musculaire Articulaires Cardio-vasculaire Respiratoire

■ Capacités à l'effort limitées en :

Endurance Résistance Vitesse

■ Capacités incompatibles avec :

le milieu aquatique des conditions atmosphériques particulières Autre : -----

Certificat établi à la demande de l'intéressé et remis en main propre pour faire valoir ce que de droit.
Valable pour une durée d'un an à compter de ce jour.

Fait à :

le :

Cachet du médecin (obligatoire)

Signature du médecin

Evaluez votre niveau d'activité

1) Quelle intensité d'activité physique votre travail requiert-il ?

1. Légère 2. Modéré 3. Moyenne 4. Intense 5. Intense

2) En dehors de votre travail régulier, combien d'heures consacrez-vous par semaine aux travaux légers : bricolage, jardinage, ménage, etc ?

1. Moins de 2h 2. 3h à 4h 3. 5h à 6h 4. 7h à 9h 5. 10h et plus

3) Combien de minutes par jour consacrez-vous à la marche ?

1. Moins de 15min 2. 16 à 30min 3. 31 à 45min 4. 46 à 60min 5. Plus de 60 min

4) Combien d'étages, en moyenne, montez-vous à pied chaque jour ?

1. Moins de 2 2. 3 à 5 3. 6 à 10 4. 11 à 15 5. Plus de 15

5) Pratiquez-vous régulièrement une ou des activités physiques ou récréatives ?

1. Non 5. Oui

6) A quelle fréquence pratiquez-vous l'ensemble de ces activités ?

1. 1 à 2 fois/mois 2. 1 fois/semaine 3. 2 fois/semaine 4. 3 fois/semaine
5. 4 fois et +/semaine

7) Combien de minutes, consacrez-vous en moyenne à chaque séance d'activité physique ?

1. Moins de 15min 2. 16 à 30min 3. 31 à 45min 4. 46 à 60min 5. Plus de 60 min

8) Habituellement, comment percevez-vous votre effort ? (le chiffre 1 représentant un effort très facile et le 5 un effort difficile). Entoure la réponse qui vous convient.

1 2 3 4 5

Votre score est inférieur à 18 points : vous êtes peu ou très peu actif(ve)

Votre score se situe entre 18 et 35 points : vous êtes actif(ve)

Votre score est supérieur à 35 points : vous êtes très actif(ve)

Questionnaire de qualité de vie : SF-12

1. Dans l'ensemble, pensez-vous que votre santé est :

1 Excellente 2 Très bonne 3 Bonne 4 Médiocre 5 Mauvaise

2. En raison de votre état de santé actuel, êtes-vous limité pour :

- Des efforts physiques modérés (déplacer une table, passer l'aspirateur, jouer aux boules) ?

1 Oui, beaucoup limité 2 Oui, un peu limité 3 Non, pas du tout limité

- Monter plusieurs étages par l'escalier ?

1 Oui, beaucoup limité 2 Oui, un peu limité 3 Non, pas du tout limité

3. Au cours de ces 4 dernières semaines, et en raison de votre état physique :

- Avez-vous accompli moins de choses que vous auriez souhaité ?

1 Toujours 2 La plupart du temps 3 Souvent 4 Parfois 5 Jamais

- Avez-vous été limité pour faire certaines choses ?

1 Toujours 2 La plupart du temps 3 Souvent 4 Parfois 5 Jamais

4. Au cours de ces 4 dernières semaines, et en raison de votre état émotionnel (comme vous sentir triste, nerveux ou déprimé) :

- Avez-vous accompli moins de choses que vous auriez souhaité ?

1 Toujours 2 La plupart du temps 3 Souvent 4 Parfois 5 Jamais

- Avez-vous eu des difficultés à faire ce que vous aviez à faire avec autant de soin et d'attention que d'habitude ?

1 Toujours 2 La plupart du temps 3 Souvent 4 Parfois 5 Jamais

5. Au cours de ces 4 dernières semaines, dans quelle mesure vos douleurs physiques vous ont -elles limité dans votre travail ou vos activités domestiques ?

1 Pas du tout 2 Un petit peu 3 Moyennement 4 Beaucoup 5 Enormément

6. Les questions qui suivent portent sur comment vous vous êtes senti au cours de ces 4 dernières semaines. Pour chaque question, indiquez la réponse qui vous semble la plus appropriée.

- Y a-t-il eu des moments où vous vous êtes senti calme et détendu ?

1 Toujours 2 La plupart du temps 3 Souvent 4 Parfois 5 Jamais

- Y a-t-il eu des moments où vous vous êtes senti débordant d'énergie ?

1 Toujours 2 La plupart du temps 3 Souvent 4 Parfois 5 Jamais

- Y a-t-il eu des moments où vous vous êtes senti triste et abattu ?

1 Toujours 2 La plupart du temps 3 Souvent 4 Parfois 5 Jamais

7. Au cours de ces 4 dernières semaines, y a-t-il eu des moments où votre état de santé physique ou émotionnel vous a gêné dans votre vie sociale et vos relations avec les autres, votre famille, vos amis, vos connaissances ?

1 Toujours 2 La plupart du temps 3 Souvent 4 Parfois 5 Jamais

Les bienfaits de l'Activité Physique

POUMONS Elle améliore la respiration et aide à l'arrêt du tabac

CŒUR-VAISSEAUX Elle diminue le risque d'accident cardiaque et le risque d'accident vasculaire cérébral

PSYCHISME Elle diminue le stress Elle améliore le moral et la confiance en soi

CANCER Elle diminue le risque de cancer (sein, colon, poumon, utérus)

MUSCLES-TENDONS-OS Elle préserve les muscles et la souplesse des tendons Elle diminue le risque d'ostéoporose

METABOLISME Elle fait baisser le taux de sucre et de graisse dans le sang

ÂGE Elle augmente l'espérance de vie

Evaluez votre souffle lors de votre activité

Evaluer votre souffle lors de vos activités quotidiennes

Q. 1/10 - Vous arrive-t-il d'être gêné(e) pour parler, discuter ?

0p Jamais 1p Parfois 2p Souvent 3p Tout le temps

Q. 2/10 - Vous arrive-t-il d'être gêné(e) pour faire votre toilette, vous habiller ?

0p Jamais 1p Parfois 2p Souvent 3p Tout le temps

Q. 3/10 - Vous arrive-t-il d'être gêné(e) pour faire vos courses dans votre quartier ?

0p Jamais 1p Parfois 2p Souvent 3p Tout le temps 4p Je ne peux plus les faire 5p Ce n'est pas moi qui m'occupe des courses

Q. 4/10 - Vous arrive-t-il d'être gêné(e) pour faire le ménage ou le bricolage dans la maison ?

0p Jamais 1p Parfois 2p Souvent 3p Tout le temps 4p Je ne peux plus les faire 5p Je ne fais ni ménage ni bricolage

Q. 5/10 - Vous arrive-t-il d'être gêné(e) au cours de vos déplacements à pied ?

0p Jamais 1p Parfois 2p Souvent 3p Tout le temps 4p Je ne peux plus les faire

Q. 6/10 - Vous arrive-t-il d'être gêné(e) pour monter les escaliers ?

0p Jamais 1p Parfois 2p Souvent 3p Tout le temps 4p Je ne peux plus les faire

Q. 7/10 - Vos difficultés respiratoires vous limitent-elles dans ce que vous aimez faire dans votre vie de tous les jours ?

0p Jamais 1p Parfois 2p Souvent 3p Tout le temps

Q. 8/10 - Vos difficultés respiratoires vous limitent-elles dans vos relations avec les autres (dans votre vie de tous les jours ou votre vie professionnelle) ?

0p Jamais 1p Parfois 2p Souvent 3p Tout le temps

Q. 9/10 - Vos difficultés respiratoires vous obligent-elles à compter sur les autres pour faire certaines tâches ?

0p Jamais 1p Parfois 2p Souvent 3p Tout le temps

Q. 10/10 - Vos difficultés respiratoires vous obligent-elles à vous reposer pendant la journée ?

0p Jamais 1p Parfois 2p Souvent 3p Tout le temps

Vous avez obtenu un score de 0 à 5 >>>>>>>>> Absence totale de handicap

Vous avez obtenu un score de 5 à 15 >>>>>>>>> Faible niveau de handicap.

Vous avez obtenu un score de 15 à 20 >>>>>>>>> Sérieux niveau de handicap.

Vous avez obtenu un score supérieur à 20 >>>>>>>>> Très sérieux niveau de handicap.



Les règles à respecter

- Je signale à mon médecin toute douleur dans la poitrine ou essoufflement anormal survenant à l'effort
- Je signale à mon médecin toute palpitation cardiaque survenant à l'effort ou juste après l'effort
- Je signale à mon médecin tout malaise survenant à l'effort ou juste après l'effort
- Je respecte toujours un échauffement et une récupération finale de 10 minutes lors de mes activités sportives
- Je bois 3 à 4 gorgées d'eau toutes les 30 minutes d'exercices lors de la séance
- J'évite les activités intenses par des températures extérieures – 5° ou + 30° et lors des pics de pollution
- Je ne fume jamais 1 heure avant ni 2 heures après une pratique sportive
- Je ne consomme jamais de substance dopante et j'évite l'automédication en général
- Je ne fais pas d'activité physique intense si j'ai de la fièvre

Vous avez rempli les deux premières parties du livret, vous pouvez maintenant nous contacter pour organiser votre parcours de reprise !

Permanence du lundi au vendredi de 14h à 17h

Sport Santé 04

30 Avenue des Alpes

04800 Gréoux-les-Bains

Contact au 06 29 84 37 27 - Sportsante04@gmail.com

EVALUATION DE VOTRE CONDITION PHYSIQUE

Capacité cardio-respiratoire	Début de cycle	Fin de cycle
TDM6		
Test 2min montées de genoux		
Force		
Test 30 sec assis-debout		
Test préhension des mains		
Souplesse		
Distance entre les doigts et le bout du pied (flexion du tronc vers l'avant) Jambe droite : Jambe Gauche : Deux jambes tendues :		
Equilibre		
Appui unipodal Jambe Droite : Jambe Gauche :		
Test de Tinetti		
Test Times up and go		

À la suite de votre rendez-vous auprès de Sport Santé 04, on a décidé ensemble la reprise d'une activité :

Parcours d'activité physique adaptée	Parcours de Sport Santé Bien Être	Parcours en association/structure privée

Bilan d'accompagnement de fin de cycle 1

Date :

COMMENTAIRES/ SUGGESTIONS



30 Avenue des Alpes

04800 Gréoux-les-Bains

Contact au 06 29 84 37 27 - sportsante04@gmail.com



Association santé
éducation et prévention
sur les territoires
PACA

