

Service de Cardiologie

Unité de réadaptation cardiaque
et éducation thérapeutique



**Mieux vous
connaître**

**pour mieux
vous accompagner**

Bonne réadaptation !





Le médecin vous a prescrit des séances de réadaptation fonctionnelle cardiaque.

Celles-ci visent à vous aider à vous réinsérer dans la vie active dans les meilleures conditions.

PROGRAMME DE RÉÉDUCATION EN COLLECTIF

Date de début : à le premier jour

Date de fin :

Heure :

Vos jours d'entraînement : Lundi • Mardi • Mercredi • Jeudi • Vendredi

PROGRAMME DE RÉÉDUCATION EN INTERMÉDIAIRE

Date de début :

Date de fin :

Vos jours d'entraînement : Lundi • Mardi • Jeudi • Vendredi de 13h30 à 14h30

PROGRAMME DE RÉÉDUCATION EN INDIVIDUEL

1^{ère} séance le :

Puis le Lundi et Mercredi ou le Mardi et Jeudi de 14h30 à 15h30

Nous avons besoin de mieux vous connaître
pour vous épauler dans la mise en place de vos objectifs.

• Quelle est votre maladie cardiaque ?

• Citez votre traitement et son intérêt ?

• Quelles sont vos difficultés face à cette maladie ?

MERCI DE BIEN VOULOIR COMPLÉTER CE QUESTIONNAIRE

• Est-ce que votre maladie vous a surpris ?

• Est-ce que vous aviez envie de venir dans ce centre ?

• Qu'attendez-vous de ce séjour ici ?

• Pensez-vous pouvoir faire quelque chose personnellement pour améliorer votre santé ?

Est-ce que vous vous sentez soutenu(e) par votre entourage ?

• Pensez-vous utile, pour votre santé,
de changer vos habitudes alimentaires ?

• Est-ce que vous fumez ? OUI - NON
Avez-vous envie d'arrêter ? OUI - NON
Souhaitez-vous être aidé(e) pour cela ? OUI - NON

• Pratiquez-vous habituellement
des activités physiques ? OUI - NON
Pensez-vous utile, pour votre santé,
de changer vos habitudes
dans ce domaine ? OUI - NON

• Qu'est-ce qui vous procure le plus de plaisir actuellement
dans la vie ?

• Est-ce qu'il y a un projet qui vous tient particulièrement à cœur
dans les semaines, les mois ou les années à venir ?

AUTO-EVALUATION - 1

Afin d'estimer par vous même vos connaissances, par rapport à la maladie athéromateuse, la diététique, l'activité physique et le stress, nous vous proposons de répondre à ce questionnaire.

- Vos connaissances au sujet de l'athérome vous paraissent :
Pas du tout satisfaisante Insuffisante Satisfaisante Très satisfaisante
 - Vous savez comment votre traitement agit sur votre maladie artérielle de façon :
Pas du tout satisfaisante Insuffisante Satisfaisante Très satisfaisante
 - Vous identifiez les signes et les conséquences de la maladie artérielle de façon :
Pas du tout satisfaisante Insuffisante Satisfaisante Très satisfaisante
-

- Vous identifiez les aliments riches en cholestérol, en sucre et en sel de façon :
Pas du tout satisfaisante Insuffisante Satisfaisante Très satisfaisante
 - Vous privilégiez la cuisine maison de façon :
Pas du tout satisfaisante Insuffisante Satisfaisante Très satisfaisante
 - Vos connaissances sur les bonnes habitudes alimentaires vous paraissent :
Pas du tout satisfaisante Insuffisante Satisfaisante Très satisfaisante
-

- Vos connaissances au sujet de l'endurance vous paraissent :
Pas du tout satisfaisante Insuffisante Satisfaisante Très satisfaisante
 - S'il vous faut différencier une bonne activité physique d'une mauvaise, vos connaissances sont-elles ?
Pas du tout satisfaisante Insuffisante Satisfaisante Très satisfaisante
 - Vos connaissances sur les bénéfices de l'activité physique vous paraissent :
Pas du tout satisfaisante Insuffisante Satisfaisante Très satisfaisante
 - Vous savez doser votre effort en fonction de votre ressenti et/ou de votre fréquence cardiaque ?
Pas du tout satisfaisante Insuffisante Satisfaisante Très satisfaisante
-

- Vous sentez-vous capable de faire baisser votre stress de manière :
Pas du tout satisfaisante Insuffisante Satisfaisante Très satisfaisante
- Vous sentez-vous capable de diminuer vos tensions musculaires de façon :
Pas du tout satisfaisante Insuffisante Satisfaisante Très satisfaisante
- Vous identifiez ce que peut vous apporter la respiration de façon :
Pas du tout satisfaisante Insuffisante Satisfaisante Très satisfaisante

TEST DE SÉDENTARITÉ ET ACTIVITÉ PHYSIQUE

Ce questionnaire d'auto-évaluation vous permet de déterminer votre profil : inactif, actif et très actif

Calculez en additionnant le nombre de points (1 à 5) correspondant à la case cochée de chaque item.

	POINTS					SCORES
(A) COMPORTEMENTS SEDENTAIRES	1	2	3	4	5	
Combien de temps passez-vous en position assise par jour (loisirs, télé, ordinateur, travail, etc.) ?	+ de 5 h <input type="checkbox"/>	4 à 5 h <input type="checkbox"/>	3 à 4 h <input type="checkbox"/>	2 à 3 h <input type="checkbox"/>	Moins de 2 h <input type="checkbox"/>	
Total (A)						
(B) ACTIVITES PHYSIQUES DE LOISIR (DONT SPORTS)	1	2	3	4	5	SCORES
Pratiquez-vous régulièrement une ou des activités physiques ?	Non <input type="checkbox"/>				Oui <input type="checkbox"/>	
A quelle fréquence pratiquez-vous l'ensemble de ces activités ?	1 à 2 fois / mois <input type="checkbox"/>	1 fois/ semaine <input type="checkbox"/>	2 fois/ semaine <input type="checkbox"/>	3 fois/ semaine <input type="checkbox"/>	4 fois/ semaine <input type="checkbox"/>	
Combien de minutes consacrez-vous en moyenne à chaque séance d'activité physique ?	Moins de 15 min <input type="checkbox"/>	16 à 30 min <input type="checkbox"/>	31 à 45 min <input type="checkbox"/>	46 à 60 min <input type="checkbox"/>	Plus de 60 min <input type="checkbox"/>	
Habituellement comment percevez-vous votre effort ? Le chiffre 1 représentant un effort très facile et le 5, un effort difficile.	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	
Total (B)						
(C) ACTIVITES PHYSIQUES QUOTIDIENNES	1	2	3	4	5	SCORES
Quelle intensité d'activité physique votre travail requiert-il ?	Légère <input type="checkbox"/>	Modérée <input type="checkbox"/>	Moyenne <input type="checkbox"/>	Intense <input type="checkbox"/>	Très intense <input type="checkbox"/>	
En dehors de votre travail régulier, combien d'heures consacrez-vous par semaine aux travaux légers : bricolage, jardinage, ménages, etc. ?	Moins de 2 h <input type="checkbox"/>	3 à 4 h <input type="checkbox"/>	5 à 6 h <input type="checkbox"/>	7 à 9 h <input type="checkbox"/>	Plus de 10 h <input type="checkbox"/>	
Combien de minutes par jour consacrez-vous à la marche ?	Moins de 15 min <input type="checkbox"/>	16 à 30 min <input type="checkbox"/>	31 à 45 min <input type="checkbox"/>	46 à 60 min <input type="checkbox"/>	Plus de 60 min <input type="checkbox"/>	
Combien d'étages, en moyenne, montez-vous à pied chaque jour ?	Moins de 2 <input type="checkbox"/>	3 à 5 <input type="checkbox"/>	6 à 10 <input type="checkbox"/>	11 à 15 <input type="checkbox"/>	Plus de 16 <input type="checkbox"/>	
Total (C)						
Total (A)+(B)+(C)						

RESULTATS :

Moins de 18 : Inactif

Entre 18 et 35 : Actif

Plus de 35 : Très actif

L'ACTIVITÉ PHYSIQUE ET VOUS

• Envisagez-vous la pratique d'une activité physique après vos séances de réadaptation ?

OUI - NON

Si oui laquelle ?

Si non pourquoi ?

• Savez-vous pourquoi l'activité physique agit comme un médicament pour votre cœur ?

OUI - NON

• Savez-vous quel est le bon entraînement pour vous ?

OUI - NON

Si oui, cochez les éléments dont vous tenez compte.

- Type d'activité
- Durée (temps)
- Régularité ? (N°fois/semaine)
- Intensité FC

Autres :

JE FAIS L'ÉVALUATION DE MON ALIMENTATION

Évaluation de l'alimentation (avant votre maladie) Sources : recommandations PNNS

Indiquez dans la colonne de droit
le nombre de points (1 à 3) correspondant à votre réponse.

**Vous mangez des légumes : frais, surgelés ou en conserve,
préparés crus (crudités, salade) cuits ou en potage ?**
A chaque repas **3** - 1 fois par jour **2** - 3 fois par semaine au moins **1**

Vous mangez des fruits (crus ou cuits) ?
2 par jour **3** - 1 par jour **2** - Occasionnellement **1**

Vous mangez un produit laitier (lait, fromages, yaourts) ?
2 fois par jour **3** - 1 fois par jour **2** - Rarement **1**

**Vous mangez du pain ou des céréales, pommes de terres
ou légumes secs ?**
A chaque repas **3** - 1 fois par jour **2** - Rarement **1**

Vous mangez des viandes ou de la volaille ?
1 fois par jour **3** - Rarement **2** - 2 fois par jour **1**

Vous mangez du poisson ?
Au mois 2 fois par semaine **3** - 1 fois par semaine **2** - Rarement **1**

Vous cuisinez essentiellement avec ?
De l'huile **3** - De la crème allégée **2** - Du beurre **1**

**Vous mangez des friandises ou des biscuits sucrés
ou des barres chocolatées ?**
Rarement **3** - Moins d'1 fois par jour **2** - Au mois & fois par jour **1**

Vous buvez à table ?
De l'eau **3** - Des jus de fruits **2** - Du vin **1**

Vous salez vos aliments ?
Jamais **3** - A la cuisson uniquement **2** - A la cuisson et à table **1**

TOTAL :

Résultats :

Faites la somme des chiffres de droite pour savoir où vous en êtes de votre équilibre alimentaire :

Entre 10 et 16 points : vous pouvez faire beaucoup de progrès pour vous rapprocher des recommandations santé.

Entre 17 et 24 points : vous avez des bases intéressantes, mais vous pouvez-vous améliorer.

Entre 24 et 30 points : la qualité de votre alimentation est globalement satisfaisante.

J'ÉVALUE MA DÉPENDANCE À LA NICOTINE

TEST DE FAGERSTROM : Il permet d'évaluer le degré de la dépendance à la nicotine.

Indiquez dans la colonne de droite
le nombre de points (1 à 3) correspondant à votre réponse.

Combien de temps après votre réveil fumez-vous
votre première cigarette ?

Dans les cinq minutes **3**

De 6 à 30 minutes **2**

De 31 à 60 minutes **1**

Plus de 60 minutes **0**

Trouvez-vous difficile de vous abstenir de fumer
dans les endroits où c'est interdit ?

Oui **1**

Non **0**

A quelle cigarette de la journée
vous serait-il le plus difficile à renoncer ?

La première **1**

N'importe quelle autre **0**

Combien de cigarettes fumez-vous par jour ?

10 ou moins **0**

De 11 à 20 **1**

De 21 à 30 **2**

31 ou plus **3**

Fumez-vous à un rythme plus soutenu le matin que l'après-midi ?

Oui **1**

Non **0**

Fumez-vous même quand vous êtes malade
que vous devez rester au lit presque toute la journée ?

Oui **1**

Non **0**

TOTAL :

Résultats :

0 à 2 points : pas de dépendance à la nicotine 3 à 4 points : faible dépendance à la nicotine

5 à 6 points : dépendance moyenne à la nicotine 7 à 8 points : forte dépendance à la nicotine

9 à 10 points : très forte dépendance à la nicotine

J'ÉVALUE MON STRESS

TEST HAD (Evaluation du stress)

Indiquez dans la colonne de droite
le nombre de points (1 à 3) correspondant à votre réponse.

A - Je me sens tendu(e), énervé(e).

La plupart du temps **3**
Souvent **2**
De temps en temps **1**
Jamais **0**

D - J'ai toujours autant de plaisir à faire les choses qui me plaisent.

Oui, tout autant **0**
Pas autant **1**
Un peu seulement **2**
Presque plus **3**

A - J'ai une sensation de peur comme si quelque chose d'horrible allait m'arriver

Oui, très nettement **3**
Oui, mais ce n'est pas trop grave **2**
Un peu, mais cela ne m'inquiète pas **1**
Pas du tout **0**

D - Je ris facilement et vois le bon côté des choses

Autant que par le passé **0**
Plus autant qu'avant **1**
Vraiment moins qu'avant **2**
Plus du tout **3**

A - Je me fais du souci

Très souvent **3**
Assez souvent **2**
Occasionnellement **1**
Très occasionnellement **0**

D - Je suis de bonne humeur

Jamais **3**
Rarement **2**
Assez souvent **1**
La plupart du temps **0**

A - Je peux rester tranquillement assis à ne rien faire et me sentir décontracté(e)

Oui, quoi qu'il arrive **0**
Oui, en général **1**
Rarement **2**
Jamais **3**

D - J'ai l'impression de fonctionner au ralenti

Presque toujours **3**
Très souvent **2**
Parfois **1**
Jamais **0**

A - J'éprouve des sensations de peur et j'ai l'estomac noué

Jamais **0**
Parfois **1**
Assez souvent **2**
Très souvent **3**

D- Je ne m'intéresse plus à mon apparence

Plus du tout **3**
Je n'y accorde pas autant d'attention que je devrais **2**
Il se peut que je n'y fasse plus autant attention **1**
J'y prête autant d'attention que par le passé **0**

A- J'ai la bougeotte et n'arrive pas à tenir en place

Oui, c'est tout à fait le cas **3**
Un peu **2**
Pas tellement **1**
Pas du tout **0**

D - Je me réjouis d'avance à l'idée de faire certaines choses

Autant qu'avant **0**
Un peu moins qu'avant **1**
Bien moins qu'avant **2**
Presque jamais **3**

A - J'éprouve des sensations soudaines de panique

Vraiment très souvent **3**
Assez souvent **2**
Pas très souvent **1**
Jamais **0**

D – Je peux prendre plaisir à un bon livre ou à une bonne émission de radio ou de télévision.

Souvent	0
Parfois	1
Rarement	2
Très rarement	3

Calcul du score :

Additionnez les points des réponses A, puis des réponses D

A

D

Résultats :

Pour dépister des symptomatologies anxieuses ou dépressives, l'interprétation suivante peut être proposée :

7 ou moins : absence de symptomatologie

8 à 10 : symptomatologie douteuse

11 et plus : symptomatologie certaine

MES OBJECTIFS A ATTEINDRE PENDANT LA REEDUCATION CARDIAQUE

Je coche :

- Connaitre ma maladie
- Citer les facteurs de risques cardiovasculaires
- Améliorer mon alimentation
- Gérer mon stress
- Pratiquer une activité physique régulière
- Connaitre mon traitement et son intérêt

BILAN DE SYNTHÈSE ET D'ÉVALUATION DU PROGRAMME

(À REMPLIR À LA FIN DU STAGE)

- Un mot qui résume mon sentiment vis-à-vis de ce programme

- Si c'était à refaire, ce que je proposerais

- Je suis content(e) d'y avoir participé

- Pas du tout satisfaisant
- Peu satisfaisant
- Satisfaisant
- Très satisfaisant

Commentaires :

- J'ai pu m'exprimer

- Pas du tout
- Pas vraiment
- Plutôt
- Tout à fait

- J'ai le sentiment d'avoir été entendu(e) :

- Pas du tout
- Pas vraiment
- Plutôt
- Tout à fait

Commentaires :

• J'ai le sentiment d'avoir appris des choses :

- Pas du tout
- Pas vraiment
- Plutôt
- Tout à fait

Commentaires :

• J'ai apprécié de pouvoir échanger avec d'autres personnes atteintes de la maladie que moi :

- Pas du tout
- Pas vraiment
- Plutôt
- Tout à fait

Commentaires :

• Le rythme m'a paru satisfaisant

- Pas du tout
- Pas vraiment
- Plutôt
- Tout à fait

• La durée du programme m'a paru satisfaisant

- Pas du tout
- Pas vraiment
- Plutôt
- Tout à fait

Commentaires :

• Si j'en ai l'occasion, je le recommanderai à d'autres patients

- OUI NON

MERCI DE RÉPONDRE À CE QUESTIONNAIRE EN ENTOURANT LES LETTRES

A pour **Acquis**
PA pour **Partiellement Acquis**
NA pour **Non Acquis**

- | | | | |
|---|----------|-----------|-----------|
| 1 • Reprendre confiance après votre maladie cardiaque : | A | PA | NA |
| 2 • Expliquer la maladie athéromateuse : | A | PA | NA |
| 3 • Expliquer les bénéfices de l'activité physique : | A | PA | NA |
| 4 • Nommer les traitements et leurs actions : | A | PA | NA |
| 5 • Décrire les signes d'alertes : | A | PA | NA |
| 6 • Citer les facteurs de risques cardiovasculaires : | A | PA | NA |
| 7 • Lister les aliments riches en cholestérol,
en graisses saturées, en sel à limiter : | A | PA | NA |
| 8 • Se sentir capable de pratiquer l'activité physique
qui lui convient : | A | PA | NA |
| 9 • Pratiquer l'auto surveillance par l'utilisation du cardio-
fréquence mètre ou au ressenti pendant l'exercice : | A | PA | NA |
| 10 • Sentir et exploiter sa respiration : | A | PA | NA |
| 11 • Utiliser des techniques de gestion du stress : | A | PA | NA |

BILAN POUR L'ACTIVITÉ PHYSIQUE

• Est-ce que l'atelier a répondu à toutes vos questions sur l'importance de l'activité physique ?

OUI NON

• Quel(s) type(s) activité(s) physique(s) allez-vous pratiquer ?

• Où, (Club Cœur et Santé , salle de sport, à domicile, autres..) ?

• Combien de temps par séance environ ?

• A quelle régularité (nombre de fois par semaine) ?

• Comment comptez-vous évaluer l'intensité de l'effort (mesure de votre Fréquence Cardiaque ou ressenti) ?

• Est-ce qu'il pourrait avoir des obstacles ou freins à réaliser votre activité physique et/à atteindre vos objectifs ?

• Pour quelles raisons l'activité physique est-elle importante pour vous ?

Notre service est ouvert
du lundi au jeudi de 8h30 à 16h30
Le vendredi de 8h30 à 12h

Vous pouvez nous contacter au
04 67 33 61 10

reeducationcardiaque@chu-montpellier.fr

