

Département de cardiologie

Unité de réadaptation cardiaque
et d'Éducation thérapeutique



Mieux vous connaître
Mieux vous aider

Bonne réadaptation !





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

Celles-ci visent à vous aider à vous réinsérer dans la vie active dans les meilleures conditions. Avant le début des séances, vous aurez à faire une épreuve d'effort et un entretien avec le cardiologue ceux-ci

Merci de penser à prendre votre dernier bilan sanguin, votre ordonnance de traitement et les étiquettes pour le service de readaptation cardiaque : UF 4405, valables 1 mois.

Cette réadaptation s'effectue au rez-de-chaussée de l'hôpital ARNAUD DE VILLENEUVE. Elle se fait en **mode «ambulatoire»**.

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

Chaque séance dure 1h30 mn et se compose d'un échauffement, suivie d'un réentraînement à l'effort sur bicyclette ergométrique ou sur tapis roulant.

Ou **rééducation segmentaire d'une heure**, deux fois par semaine.

Merci de vous munir :

- d'une tenue adaptée pour le sport,
- une bouteille d'eau,
- une serviette.

Notre service est ouvert du lundi au vendredi de 8h30 à 12h30.

Vous pouvez nous contacter par téléphone au 04 67 33 61 10 de 13h30 à 16h30 du lundi au jeudi.

A bientôt

Consultation Cardiologique et épreuve d'effort est fixée au :

Date :

Date de début :

Date de fin :

Heure :


Vos jours d'entraînement : Lundi - Mardi - Mercredi - Jeudi - Ven-

Programme Rééducation segmentaire :

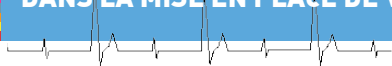
Date :

Heure :

Vos jours d'entraînement : Mardi - Mercredi - Jeudi - Vendredi



NOUS AVONS BESOIN DE MIEUX VOUS CONNAITRE POUR VOUS ÉPAULER DANS LA MISE EN PLACE DE VOS OBJECTIFS



Nous vous proposons une rencontre (échange avec un soignant)
pour aborder vos questions sur :

Votre maladie :

Votre traitement :

Vos difficultés :

A partir de celui-ci nous élaborerons avec un soignant,
votre programme personnalisé.

MERCI DE BIEN VOULOIR COMPLETER CE QUESTIONNAIRE

Est-ce que votre maladie vous a surpris ?

A quoi est-elle due selon vous ? Comment pensez-vous qu'elle va évoluer ?

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

Qu'attendez-vous de votre séjour ici ?

Pensez-vous pouvoir faire quelque chose personnellement pour améliorer votre santé ?
Est-ce que vous vous sentez soutenu par votre entourage ?

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

Est-ce que vous fumez ? Avez-vous envie d'arrêter ?
Souhaitez-vous être aidé pour cela ?

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

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 ?

Etes-vous ou avez-vous été traité pour une ou plusieurs des maladies cardio-vasculaires suivantes ?

Un syndrome coronarien aigu : Oui Non

Un infarctus du myocarde : Oui Non

Une insuffisance cardiaque : Oui Non

Angine de poitrine : Oui Non

Pontage : Oui Non

Un accident vasculaire cérébral : Oui Non

Une artérite des membres inférieurs : Oui Non

Un diabète : Oui Non

Une hypertension : Oui Non

Excès de cholestérol : Oui Non

Autres :

Vous pouvez noter ici vos traitements destinés à prendre en charge vos facteurs de risques ? (hypertension, cholestérol, diabète, obésité,...)

Nom des médicaments :

Prenez vous ou avez vous déjà pris régulièrement les médicaments suivants ?

Des tranquillisants : Oui Non

Des antidépresseurs : Oui Non

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 satisfaisantes Insuffisantes Satisfaisantes Très satisfaisantes

*** 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

*** Vos techniques culinaires vous paraissent :**

Pas du tout satisfaisantes Insuffisante Satisfaisantes Très satisfaisantes

*** Vos connaissances sur les aliments riches en bonnes graisses vous paraissent :**

Pas du tout satisfaisantes Insuffisantes Satisfaisantes Très satisfaisantes

*** Vos connaissances au sujet de l'endurance vous paraissent :**

Pas du tout satisfaisantes Insuffisantes Satisfaisantes Très satisfaisantes

*** S'il vous faut différencier une bonne activité physique d'une mauvaise, vos connaissances sont elles ?**

Pas du tout satisfaisantes Insuffisantes Satisfaisantes Très satisfaisantes

*** Vos connaissances sur les bénéfices de l'activité physique vous paraissent :**

Pas du tout satisfaisantes Insuffisantes Satisfaisantes Très satisfaisantes

*** Savez-vous 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 d'auto-évaluation de l'activité

D'après J.Ricci et L.Gagnon, université de Montréal, modifié par F.Laureyns et JM. Séné.

Le questionnaire d'auto-évaluation permet de déterminer votre profil : inactif, actif ou très actif ?

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

(A) COMPORTEMENTS SÉDENTAIRES	POINTS					SCORES	
	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 2h <input type="checkbox"/>		
Total (A)							
(B) ACTIVITÉS PHYSIQUES DE LOISIRS (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) ACTIVITÉS 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, ménage, 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)							

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

Est-ce que vous savez quel est le BON ENTRAINEMENT pour vous ?

OUI

NON

J'évalue mon stress

TEST HAD (Evaluation du stress)

A - Je me sens tendu, énervé

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 toujours	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 soucis

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

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

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

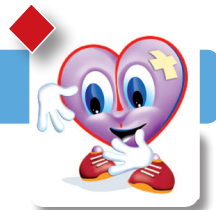
- Presque toujours **3**
- Très souvent **2**
- Parfois **1**
- Jamais **0**

TEST HAD :

A :

D :

Je fais le bilan de mes connaissances et de mes objectifs



Je coche :

- Syndrome coronarien aigu
- Angine de poitrine/angor
- Infarctus du myocarde
- Stents nus
- Stents actifs
- Pontage coronaire
- Insuffisance cardiaque
- Cardiopathie dilatée
- Problème de valve (aortique/mitrale/autre)
- Autre



Je les coche :

- Diabète
- Tabac
- Cholestérol
- Hypertension artérielle
- Hérité
- Sédentarité
- Poids
- Stress



Je les coche :

Bétabloquant

(protège le coeur en le ralentissant au repos et à l'effort)

Antihypertenseur

(lutte contre la dilatation du coeur et abaisse la tension)

Antiagrégant plaquettaire

(empêche la formation de caillots dans les artères)

Statine

(stabilise les plaques d'athérome/abaisse le taux de cholestérol)

Traitement du diabète

Anticoagulant

Autres



Je les coche :

Si je suis encore fumeur, **je stoppe impérieusement et définitivement le tabac.**

Je **surveille mon poids.**

J'**équilibre mon alimentation** et je limite les graisses et les sucres.

J'**ai une activité physique régulière,** adaptée à mon état physique, par exemple au moins 30 mn 3 fois par semaine.

Je **prends les médicaments destinés à lutter contre l'excès de cholestérol et/ou l'hypertension artérielle et/ou mon diabète.**

J'**apprends à gérer mon stress** avec des techniques de relaxation.

Objectifs

Date

Date

Exemple : Je perds 2 kg

1^{er} Juin

Pour faire le point

Cette partie est à remplir avec un membre du personnel du service
(objectifs : la réduction des facteurs de risques modifiables)

QUELS SONT VOS FACTEURS DE RISQUES CARDIOVASCULAIRES MODIFIABLES ?

Ma consommation de tabac : nombre de cigarettes/j

Test de Fagerstrom :

Mon activité physique :

Active Inactive Très active

Mon alimentation :

Déséquilibrée A peu près équilibrée Bien équilibrée

Ma tension artérielle : /.....mmHg

Ma prise de sang :

Cholestérol : g/l

Cholestérol LDL : g/l

Cholestérol HDL : g/l

Triglycérides : g/l

Glycémie : g/l

HbA1C : %

Mon tour de taille ombilical cm

Mon poids : kg

Masse grasse :

TEST HAD :

A :

D :

Fixer vos objectifs S.M.A.R.T.

Spécifiques, Mesurables, Acceptables, Réalistes et Temporellement définis

A remplir en fin des séances de réadaptation
Définissez au moins un objectif précis pour chaque rubrique.

MODIFICATIONS DES COMPORTEMENTS À RISQUES

(ex : Tabac, sédentarité, malbouffe,...)

ACTIVITE PHYSIQUE

(ex : marcher 10mn tous les jours, monter systématiquement vos escaliers à pieds)

- Marche rapide
 - Escaliers
 - Travaux légers/ménagers
 - Loisirs sportifs
 - Activités récréatives
 - Autres :
-

ALIMENTATION

(ex manger 1 fruit et 1 légume à chaque repas,...)

- Fruits et légumes
 - Produits laitiers
 - Sucres
 - Graisses
 - Boissons
 - Autres :
-

STRESS

(Ex : Partir tous les matins 10 minutes plus tôt à votre travail pour réduire votre stress, etc...)

Autres :

