



Instant Pour Soi

Spécial Cancer - Ce que je dois savoir.

2026/2027.

NOM :

PRENOM :

Côté dominant

☐ Droit ☐ Gauche

Côté atteint

☐ Droit ☐ Gauche

PROFESSION :

En arrêt ? ☐ Non ☐ Oui jusqu'au/...../.....

CERTIFICAT MEDICAL :

☐ Non ☐ Oui, la date/...../.....

A PROPOS DE LA MALADIE :

Date :/...../.....

Chirurgie ? ☐ Non ☐ Oui, la date/...../.....

☐ Mastectomie ☐ Tumorectomie ☐ Oncoplastie ☐ Ganglion sentinelle ☐ Curage axillaire

Radiothérapie : ☐ Non ☐ Oui, la date/...../.....

Chimiothérapie : ☐ Non ☐ Oui

Hormonothérapie : ☐ Non ☐ Oui quel médicament ?

Présence d'un cathéter : ☐ Non ☐ Oui

Traitements : ☐ Non ☐ Oui quel médicament ?

Reconstruction : ☐ Non ☐ Oui

☐ Immédiate ☐ Secondaire La date/...../.....

Le type : ☐ Prothèse

☐ TRAM

☐ DIEP

☐ Lipomodelage

☐ Lambeau dorsal

☐ Autres

☐ Intervention sur l'autre sein. Si oui, type

Prothèse externe : ☐ Non ☐ Oui

Lymphocèle : ☐ Non ☐ Oui

Lymphoedème : ☐ Non ☐ Oui

Localisation :

Contention : ☐ Non ☐ Oui Type :

Raideurs articulaires : ☐ Non ☐ Oui

Localisation :

Cicatrice(s) : ☐ Non ☐ Oui

Localisation : Douleur :/10.

Kinésithérapie antérieure : ☐ Non ☐ Oui ☐ Antérieure ☐ En cours. Si oui, nbre séances
Nom du kiné :

LOISIRS

Activités pratiquées

Depuis quand ?

A quelle fréquence ?

.....
.....
.....
.....

.....
.....
.....
.....

.....
.....
.....
.....

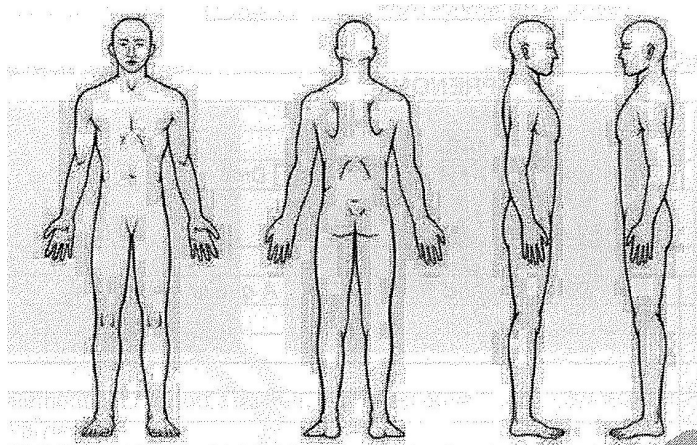


Instant Pour Soi

Spécial Cancer - Ce que je dois savoir.

2026/2027.

DOULEURS : Indiquer avec différentes couleurs vos gênes et/ou douleurs, puis évaluer sur 10 chaque couleur.



TESTS FONCTIONNELS :

- | | | |
|--|------------------------------|--|
| Je peux lever le bras à 90° ? | ☐ Non | ☐ Oui. Douleur/10. |
| Je peux écarter le bras à 90° ? | ☐ Non | ☐ Oui. Douleur/10. |
| Je peux laver les cheveux avec mes deux mains ? | ☐ Non | ☐ Oui. Douleur/10. |
| Je peux prendre des objets en hauteur ? | ☐ Non | ☐ Oui. Douleur/10. |
| Je peux me coucher sur le côté atteint ? | ☐ Non | ☐ Oui. Douleur/10. |
| Je peux m'appuyer sur ma main du côté atteint ? | ☐ Non | ☐ Oui. Douleur/10. |
| Je peux m'allonger sur le ventre ? | ☐ Non | ☐ Oui. Douleur/10. |
| Je peux dégrafer mon soutien-gorge dans le dos ? | ☐ Non | ☐ Oui. Douleur/10. |
| Je ressens une perte de force / de sensibilité ? | ☐ Non | ☐ Oui. Douleur/10 et où |
| Je suis essouffée ? | ☐ Non | ☐ Oui. Douleur/10 et où |

AU QUOTIDIEN :

- | | | |
|---|------------------------------|---|
| Au réveil, je me sens fatiguée ? | ☐ Non | ☐ Oui. Douleur/10. |
| Je me sens de bonne humeur en générale ? | ☐ Non | ☐ Oui. Douleur/10. |
| Je me sens physiquement bien en générale ? | ☐ Non | ☐ Oui. Douleur/10. |
| Je suis motivée pour commencer cette activité ? | ☐ Non | ☐ Oui. Douleur/10. |

LE PILATES :

- | | | |
|--|------------------------------|---|
| J'ai déjà pratiquée ? | ☐ Non | ☐ Oui. Depuis combien de temps ? |
| J'ai pris / perdu du poids ? | ☐ Non | ☐ Oui. Combien de kg ? |
| Comment avez-vous découvert l'activité ? | | |
| Pourquoi je viens faire du Pilates ? | | |

EVALUER PAR LE PROFESSIONNEL

- | | | |
|--------------------------|------------------------------|------------------------------|
| J'ai déjà pratiquée ? | ☐ Non | ☐ Oui |
| Engagement du centrage ? | ☐ Non | ☐ Oui |
| Amplitude de l'épaule ? | ☐ Non | ☐ Oui |