

Réhabilitation Respiratoire à Domicile



*Carnet De
Suivi*



Vous pouvez présenter ce carnet à votre médecin pneumologue et à votre médecin traitant quand vous les rencontrez ; il est indispensable de l'avoir avec vous lors du bilan de réhabilitation semestriel.

Programme de réentraînement de Mr/Mme :

Fréquence cardiaque seuil :/min

Niveau de puissance de travail minimum :watts

Niveau de puissance de travail maximum :watts

Épreuve d'endurance tous les 3 mois à la puissance Max :watts

Débit oxygène :l/min

Semaine du / / au / /

	Fréquence Cardiaque repos	type d'exercice (marche etc.)	Durée séance	Distance totale	Puissance max	Fréquence Cardiaque Maxi	Remarques pendant séance
Lundi							
Mardi							
Mercredi							
Jeudi							
Vendredi							
Samedi							
Dimanche							

Remarques générales (modification de traitement, consultations du médecin traitant, du pneumologue, hospitalisations, durées d'hospitalisations) et transmissions entre intervenants:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Visite d'un intervenant à domicile :

Nom :

Date :

Signature :

Programme de réentraînement de Mr/Mme :

Fréquence cardiaque seuil :/min

Niveau de puissance de travail minimum :watts

Niveau de puissance de travail maximum :watts

Épreuve d'endurance tous les 3 mois à la puissance Max :watts

Débit oxygène :l/min

Semaine du / / au / /

	Fréquence Cardiaque repos	Type d'exercice (marche etc.)	Durée séance	Distance totale	Puissance max	Fréquence Cardiaque Maxi	Remarques pendant séance
Lundi							
Mardi							
Mercredi							
Jeudi							
Vendredi							
Samedi							
Dimanche							

Remarques générales (modification de traitement, consultations du médecin traitant, du pneumologue, hospitalisations, durées d'hospitalisations) et transmissions entre intervenants :



Vous êtes à la fin du carnet, demandez à Alizé de Bourgogne de vous fournir un autre exemplaire.

Visite d'un intervenant à domicile :

Nom :

Date :

Signature :

Surveillance du Réentraînement

Email Dr Perruchini : adrres@wanadoo.fr

Tel : 03 80 52 66 63 ou 0871 28 29 42 Fax : 03 80 44 50 50

CRF Les Rosiers 45 Bd Henri-Bazin BP 44 21002 Dijon Cedex

Nom du patient :

Recommandations médicales :

Les paralysies périodiques dyskaliémiques sont des maladies héréditaires des canaux ioniques musculaires. Les travaux de génétique médicale ont permis de découvrir qu'un canal sodique

Dr Perruchini

A remplir par l'intervenant (après le patient)

période du / / au / /

(Entre la dernière visite et ce jour)

Le carnet de Réentraînement est-il bien rempli par le patient ? Oui Non

Le patient exécute t'il bien le Réentraînement sur cycloergomètre ? Oui Non

Comment évaluez-vous la participation du patient sur cette échelle ?

0

10

Manque de motivation totale

Grande motivation

Le nombre de kilomètres parcourus pendant la période : Km

Le nombre de séances par semaine :

Le nombre de kilomètres totalisés à ce jour : Km

Puissance et Fc de travail

Puissance minimum

initiale : _____ actuelle : _____

Fc Max initiale : _____

Puissance maximum

initiale : _____ actuelle : _____

Fc Max actuelle: _____

A remplir par le patient (je fais une croix sur l'échelle)

Est-ce que cela vous paraît efficace dans votre vie quotidienne?

0

10

Pas efficace

Efficace

Avez-vous envie de poursuivre l'entraînement ?

0

10

pas du tout

absolument

Mon essoufflement dans ma vie quotidienne ?

- 5

+ 5

Essoufflement s'aggrave considérablement

Sans changement

Essoufflement s'améliore considérablement

Survenue d'éléments intercurrents (infection, modification du traitement ...)

Nom du patient :

Pour vous, Kinésithérapeute, comment évaluez-vous l'état respiratoire du patient au repos ?

- État respiratoire

0 _____ 10
pas de dyspnée _____ Dyspnée maximale imaginable

- Comment évolue la dyspnée ?

- 5 _____ + 5
s'aggrave _____ Sans changement _____ va mieux

Contenu kinésithérapique

Thématique de la séance

Evaluation:

Test d'endurance

Bilan kinésithérapique

Renforcement musculaire

Membre inférieur

Membre supérieur

Muscles respiratoires

Muscles du tronc

Contenu de la séance

Kinésithérapie respiratoire

Renforcement segmentaire

Equilibre

Etirements

Commentaires de la séance

Épreuve d'endurance à Watts (à réaliser la première semaine d'installation puis tous les 3 mois).

Durée de l'épreuve : Fc max :

Nouvelle ordonnance prescrite par le médecin traitant Oui Non

Nouvelle ordonnance de kinésithérapie demandée Oui Non

Date

Nom de l'intervenant :

signature du patient

Signature de l'intervenant