

## Méthode d'évaluation de condition physique

Date ..... / ..... / .....      Lieu bilan : .....      Evalueur : .....  
 Mode d'orientation : .....

Nom : ..... Prénom : .....

Date de naissance : ..... Ville de naissance : .....

Adresse postale : .....

Adresse mail : .....

Numéro de téléphone : .....

Avez-vous une reconnaissance ALD       Oui       Non

Laquelle .....

Etes-vous bénéficiaire de :       RSA

CMUC/CSS

Mutuelle : .....

AAH

APA

Médecin traitant (nom, prénom, ville): .....

Éléments notables (Vécu sportif, opération...) :

.....  
 .....

N° IPPR :	(Entourez) Orienté vers : DAPAP / MSS / Autonomie
N° MSS :	Lieu: .....
N° Facture :	

<u>Bilan :</u> <input type="checkbox"/> Initial <input type="checkbox"/> Suivi <input type="checkbox"/> Final	<u>Engagement pour :</u> 3 mois / 6 mois / 9 mois	<u>Étapes :</u> Forms / Excel / MesPatients / Mail / Facture
--	--	---

### 1 - TEST D'ÉQUILIBRE STATIQUE (ÉQUILIBRE UNIPODAL)

Temps réalisé en équilibre sur un pied (30s max)	
Yeux ouverts	Yeux fermés ( <i>facultatif</i> )
Pied Droit : .....	Pied Droit : .....
Pied Gauche : .....	Pied Gauche : .....

### 2. TEST D'ÉQUILIBRE DYNAMIQUE (TIME UP AND GO)

Réalisation du test :

1. La personne est assise sur la chaise, les pieds au sol.
2. Au signal, elle doit se lever et marcher sur 3 mètres jusqu'à la ligne puis faire demi-tour et retourner s'asseoir.

Temps réalisé pour effectuer un aller-retour
..... S

### 3. TEST DE SOUPLESSE DES MEMBRES INFÉRIEURS

Distance entre le bout des doigts et le sol	
<i>Les distances obtenues si le bénéficiaire n'arrive pas à dépasser ses pieds seront négatives. Les distances obtenues si le bénéficiaire arrive à aller plus loin que ses pieds seront positives.</i>	
<input type="checkbox"/> Touche le sol	<input type="checkbox"/> Ne touche pas le sol
..... cm	

### 4. TEST DE SOUPLESSE DES MEMBRES SUPÉRIEURS

Ecart entre les mains	
Main Droite au-dessus	Main Gauche au-dessus
..... cm	..... cm
<input type="checkbox"/> Superposition des mains	<input type="checkbox"/> Superposition des mains

**5. TEST DE FORCE DES MEMBRES SUPERIEURS (MAIN G / MAIN D) / Matériel :**  
*Handgrip*

Score au handgrip	
Main dominante ( <i>précisez Gauche ou Droite</i> )	Main non dominante
..... kg	..... kg

**6. TEST DE FORCE DES MEMBRES INFERIEURS (LEVER/ASSIS SUR UNE CHAISE)**

Nombre de relevé de chaise en 30 sec
.....

**7. TEST DE MARCHE DE 6MIN**

	Repos	6min	3 min récup
FC (bpm)	.....	.....	.....
SaO2 (%)	.....	.....	.....
Distance			<u>Distance totale :</u> .....m
Echelle de perception de l'effort de 1 à 10			...../10

Données anthropométriques :

Taille : ..... cm      Poids : ..... kg

*Périmètre abdominal (facultatif) : ..... cm*

## 8. Evaluation sédentarité

Êtes-vous en activité professionnelle  Oui (remplir ci-dessous)  Non

Implique-t'il des tâches physiques répétitives/régulières de forte intensité ?

Oui Combien de jours/semaine : .....  Non

Durée moyenne des tâches : .....

Implique-t'il des tâches physiques répétitives/régulières d'intensité modérée ?

Oui Combien de jours/semaine : .....  Non

Durée moyenne des tâches : .....

Combien de temps par jour en moyenne passez-vous assis pour votre travail ?

.....

### Transports/trajets

Lors d'une semaine habituelle, faites-vous des trajets à pied ?

Oui Combien de jours/semaine : .....  Non

Durée moyenne d'un trajet : .....

Lors d'une semaine habituelle, faites-vous des trajets à Vélo ?

Oui Combien de jours/semaine : .....  Non

Durée moyenne d'un trajet : .....

Lors d'une semaine habituelle, faites-vous des trajets avec un autre moyen de transport (actif : trottinette, skate, roller,...) ?

Oui Combien de jours/semaine : .....  Non

Durée moyenne d'un trajet : .....

Lors d'une semaine habituelle, utilisez-vous des transports motorisés ?

Oui Combien de jours/semaine : .....  Non

Durée moyenne d'un trajet : .....

### Activité de loisir ou au domicile

Lors d'une semaine habituelle, effectuez-vous des tâches ménagères ?

Oui Combien de jours/semaine : .....  Non

Durée moyenne par jour : .....

Lors d'une semaine habituelle, pratiquez-vous des AP à forte intensité ?

Oui Combien de jours/semaine : .....  Non

Durée moyenne par jour : .....

Lors d'une semaine habituelle, pratiquez-vous des AP à intensité modérée ?

Oui Combien de jours/semaine : .....  Non

Durée moyenne par jour : .....

### Temps d'écran

Lors d'une semaine habituelle, regardez-vous la télé ?

Oui Combien de jours/semaine : .....  Non

Durée moyenne par jour : .....

Lors d'une semaine habituelle, passez-vous du temps devant un autre écran ?

Oui Combien de jours/semaine : .....  Non

Durée moyenne par jour : .....

## 9. ECHELLE DE PERCEPTION DE LA SANTE

**De manière générale, comment estimez-vous votre condition physique actuelle ?**

1  2  3  4  5  6  7  8  9  10

*Très mauvaise*

*Excellente*

**Êtes-vous satisfait de votre poids ?**

1  2  3  4  5  6  7  8  9  10

*Pas du tout*

*Extrêmement*

**Pensez-vous avoir une alimentation équilibrée ?**

1  2  3  4  5  6  7  8  9  10

*Pas du tout*

*Extrêmement*

**Dormez-vous bien la nuit, vous sentez-vous reposé(e) ?**

1  2  3  4  5  6  7  8  9  10

*Je dors très mal*

*Je dors très bien*

**Vous sentez-vous stressé(e) ces temps-ci ?**

1  2  3  4  5  6  7  8  9  10

*Très stressé(e)*

*Très détendu(e)*

**Comment percevez-vous votre niveau de santé générale actuellement ?**

1  2  3  4  5  6  7  8  9  10

*Très mauvais*

*Très bon*

**Vous sentez-vous isolé(e) socialement ?**

1  2  3  4  5  6  7  8  9  10

*Enormément*

*Pas du tout*

**Avez-vous des difficultés de concentration ?**

1  2  3  4  5  6  7  8  9  10

*Enormément*

*Pas du tout*

## 10. MOTIVATION

### DE FAÇON GÉNÉRALE, POURQUOI FAITES-VOUS DE L'ACTIVITÉ PHYSIQUE (AP)?

1 correspond à un total désaccord avec la phrase, 7 correspond à un accord total avec la phrase énoncée.

Vous vous positionnez sur chacune des phrases.

	Total désaccord							Accord total						
1. Pour le plaisir que je ressens lorsque je pratique des AP.	1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	5	6	7
2. Je n'en ai aucune idée, je crois que ça ne me sert à rien.	1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	5	6	7
3. Parce que je me sentirais mal si je ne faisais pas cet effort.	1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	5	6	7
4. Parce que je pense que l'AP est une bonne chose pour mon développement personnel.	1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	5	6	7
5. Je ne sais pas vraiment; j'ai l'impression de perdre mon temps lorsque je fais de l'AP.	1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	5	6	7
6. Pour la satisfaction que je ressens à progresser dans ce genre d'activités.	1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	5	6	7
7. Parce que l'AP fait partie intégrante du style de vie que j'ai choisi.	1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	5	6	7
8. Franchement je fais de l'AP mais je ne vois pas l'intérêt.	1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	5	6	7
9. Pour ne pas avoir à entendre les reproches de certaines personnes.	1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	5	6	7
10. Parce que je considère que faire de l'AP est une partie de mon identité.	1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	5	6	7
11. Pour les sensations agréables que me procure l'AP.	1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	5	6	7
12. Parce que personnellement je considère que c'est un facteur de bien-être.	1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	5	6	7
13. Parce que je me sentirais nerveux si je n'en faisais pas.	1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	5	6	7
14. Parce que faire de l'AP est cohérent avec mes valeurs	1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	5	6	7
15. Parce que certaines personnes me mettent la pression pour que je le fasse.	1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	5	6	7
16. Parce que je pense que l'AP me permettra de me sentir mieux	1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	5	6	7
17. Parce que j'y suis obligé(e) par mon entourage.	1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	5	6	7
18. Parce que je dois le faire pour me sentir bien avec moi-même.	1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	5	6	7

**Quels seraient les objectifs que nous pourrions nous fixer dans la perspective de notre prochain bilan ? (Idéal - 3 mois)**

- 
- 
- 

**Dans 3 mois, J'aimerais :**

*Augmenter mon temps de pratique / diminuer mon temps de sédentarité / prendre plus souvent les transports en commun / racheter un vélo etc...*

**Dans 6 mois, J'aimerais :**

*Augmenter mon temps de pratique / diminuer mon temps de sédentarité / prendre plus souvent les transports en commun / racheter un vélo etc...*

**Dans 9 mois, J'aimerais :**

*Augmenter mon temps de pratique / diminuer mon temps de sédentarité / prendre plus souvent les transports en commun / racheter un vélo etc...*





## PRATIQUE EN ATELIER PASSERELLE

**Estimez-vous que l'orientation dont vous avez bénéficié correspond à vos besoins ?**

1    2    3    4    5    6    7    8    9    10  
Pas du tout Enormément

**Estimez-vous que ces séances vous aient motivé à vous engager dans l'activité physique pour votre santé ?**

1    2    3    4    5    6    7    8    9    10  
Pas du tout Enormément

**Avez-vous reçu les résultats des bilans de suivis intermédiaires vous permettant de comprendre votre progression ?**

Oui    Non

**Citez les points positifs de votre rencontre avec les acteurs du DAPAP 07 - CDOS 07**

**Citez les points négatifs de votre rencontre avec les acteurs du DAPAP 07 - CDOS 07**






Cette charte, a pour objectif de présenter le DAPAP 07, en complément des autres informations du flyer et définir les différents engagements du bénéficiaire.

## 1. Présentation du DAPAP 07 :

Le **DAPAP 07** est un programme d'accompagnement personnalisé visant le maintien ou l'amélioration des capacités physiques, mentales et sociales à destination des publics à besoins spécifiques de santé.

L'accès à ce dispositifs se fait par l'orientation d'un professionnel de santé, d'une structure sanitaire et sociale ou de manière spontanée, sous réserve d'appartenir au public cible.

## 2. En tant que bénéficiaire du DAPAP 07, je m'engage à :

-  Demander une prescription à mon médecin traitant (disponible en dernière page de ce flyer) et la transmettre à l'Enseignant APA.
-  Être présent aux séances d'Activité Physique Adaptée.
-  Enregistrer les coordonnées de l'Enseignant APA et le tenir informé d'une éventuelle absence.
-  Régler la facture envoyée par le DAPAP 07 sachant qu'il m'est possible de payer en plusieurs fois.
-  Construire avec le DAPAP 07 mon parcours de sport santé dans une finalité de pratique autonome.

Date et signature précédée de la mention « *Lu et approuvé* » :

Dans le cadre de votre accompagnement par **le Comité Départemental Olympique et Sportif de l'Ardèche – Plateforme sport santé 07** les informations recueillies tout au long de votre parcours seront enregistrées dans un fichier informatisé par **Jonathan Bazard** pour **personnaliser, adapter votre accompagnement afin de vous garantir une pratique en activité physique en accord avec vos besoins, envies et objectifs**. La base légale du traitement est « **l'obligation légale** » appliquée à **l'activité de l'association**.

Les données collectées seront communiquées aux seuls destinataires suivants : Médecin traitant, médecins spécialités, professionnels paramédicaux, éducateurs sportifs et/ou enseignants en activité physique adaptée.

Les données sont conservées pendant **3 ans après la fermeture de votre dossier suite à la fin de votre accompagnement**.

Vous pouvez accéder aux données vous concernant, les rectifier, demander leur effacement ou exercer votre droit à la limitation du traitement de vos données.

Consultez le site [cnil.fr](http://cnil.fr) pour plus d'informations sur vos droits.

Pour exercer ces droits ou pour toute question sur le traitement de vos données dans ce dispositif, vous pouvez contacter **(le cas échéant, notre délégué à la protection des données ou le service chargé de l'exercice de ces droits)** : [jonathanbazard@franceolympique.com](mailto:jonathanbazard@franceolympique.com) Pole Maurice Gounon, 11 Boulevard du Lycée, 07000 Privas / 06 33 49 44 00

Si vous estimez, après nous avoir contactés, que vos droits « Informatique et Libertés » ne sont pas respectés, vous pouvez adresser une réclamation à la CNIL.

**NOM :**

**Date et signature :**

**Prénom :**