

# BILAN DE FIN DE PARCOURS

Bilan effectué le .....

Par (NOM-Prénom) .....

## IDENTIFICATION

NOM - Prénom du patient : .....

Date de naissance : ..... N° adhérent : .....

Date du diagnostic éducatif : .....

Pathologie concernée\* :  Diabète  Maladies cardiovasculaires  
 Obésité  Insuffisance cardiaque

\* une seule pathologie (prioritaire) à cocher

## SITUATION SOCIO-PROFESSIONNELLE ET FAMILIALE

(À compléter seulement si changement depuis le diagnostic éducatif)

Il y a-t-il eu des changements dans votre vie personnelle et/ou professionnelle ?  Oui  Non

Si OUI, préciser : .....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

## ACTIVITÉS, LOISIRS ET CENTRES D'INTÉRÊT

(À compléter seulement si changement depuis le diagnostic éducatif)

.....

.....

## DONNÉES BIOMÉDICALES (Remplir bilan Iris joint)

## HOSPITALISATIONS

Avez-vous été hospitalisé(e) cette année à cause de votre maladie chronique ?  Oui  Non  
 Hospitalisations programmées  Passages aux urgences

## CONNAISSANCE DE LA MALADIE *(Joindre questionnaire de connaissances de la maladie)*

Depuis le début de votre parcours, quels changements avez-vous mis en place ? Quelles connaissances pensez-vous avoir acquises ? Quelles difficultés restent existantes ?

*(Par exemple : Connaissez-vous maintenant vos signes d'alerte et la conduite à tenir en cas d'hypoglycémie ? ...)*

## ACTIVITÉS PHYSIQUES *(Calculer en additionnant le nombre de points de 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 5h <input type="checkbox"/>	4 à 5h <input type="checkbox"/>	3 à 4h <input type="checkbox"/>	2 à 3h <input type="checkbox"/>	- de 2h <input type="checkbox"/>	
<b>Total (A)</b>						

(B) ACTIVITÉS 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"/>	
À 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 ? <i>Le chiffre 1 représentant un effort très facile et le 5 un effort difficile</i>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	
<b>Total (B)</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 2h <input type="checkbox"/>	3 à 4h <input type="checkbox"/>	5 à 6h <input type="checkbox"/>	7 à 9h <input type="checkbox"/>	Plus de 10h <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"/>	
<b>Total (C)</b>						

<b>Total (A) + (B) + (C)</b>						
------------------------------	--	--	--	--	--	--

VOTRE PROFIL	MOINS DE 18 : INACTIF(VE)	ENTRE 18 ET 35 : ACTIF(VE)	PLUS DE 35 : TRÈS ACTIF(VE)
--------------	---------------------------	----------------------------	-----------------------------

Avez-vous pratiqué une AP pendant votre programme ?  Oui  Non

Avez-vous mis une AP régulière en place depuis la fin des séances ou depuis votre entrée dans le programme ? (*fréquence, type, temps accordé*)

.....  
.....

## HABITUDES ALIMENTAIRES

---

Remarques particulières (*équilibre alimentaire, alimentation sans sel, etc...*) :

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

## AVENIR

---

Avez-vous des projets, des envies qui vous tiennent à cœur ?  Oui  Non

Préciser : .....

.....  
.....

## DIMENSION PSYCHO-AFFECTIVE (*Joindre le questionnaire de qualité de vie*)

---

Vous diriez de votre état de santé, qu'il est :

Très mauvais

0

Très bon

10

Vous diriez de votre moral qu'il est :

Très mauvais

0

Excellent

10

Observations particulières :

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

