

Fiche santé « cancer » de l'adhérent - Saison 2021-2022 Prénom et nom..... Âge :

Dans le cadre des séances de Karaté Santé, il est essentiel que nous connaissions votre passé médical et sportif. C'est pourquoi nous vous demandons de renseigner ce formulaire. Bien sûr, Ces informations seront utilisées uniquement afin d'adapter au mieux les cours à vos besoins spécifiques.

Votre pathologie

1) Quelle est / était votre pathologie ?

Emplacement de la tumeur primitive Exemple : Sein droit	Stade de la tumeur primitive <ul style="list-style-type: none">• Stade 1 : tumeur unique et de petite taille• Stade 2 : tumeur avec un volume local plus important• Stade 3 : envahissement des ganglions ou des tissus avoisinants• Stade 4 : extension métastatiques	Emplacement des métastases Exemple : <ul style="list-style-type: none">• Aucune• Foie et Os	Type de métastases osseuses <ul style="list-style-type: none">• Aucune• Calcifiante• Ostéolytique

Vos traitements

2) Avez-vous eu ou allez-vous avoir l'un des traitements suivants ?

- Chirurgie** - Si oui :
A quelle(s) date(s) ?
Quelle(s) Opération(s) ?
Avec quelle(s) voie(s) d'abord ?
- Curage** - Si oui :
Était-ce un curage : Axillaire Inguinale Cervical Autre :
A quelle(s) date(s) ?
- Reconstruction mammaire** - Si oui :
A quelle(s) date(s) ?
Avec quel procédé ?
- Stomie** - Si oui :
A quelle(s) date(s) ?
Quel emplacement ?
- Radiothérapie** - Si oui, sur quelle période ?

- Curiethérapie** - Si oui, sur quelle période ?
- Chimiothérapie** - Si oui :
 - A quelle(s) période(s) ?
 - Avec quel(s) protocole(s) ?
 - Avec quelle(s) molécule(s) ?
 - Avez-vous une **chambre implantable** : A Droite A Gauche
- Thérapie ciblée** - Si oui :
 - A quelle(s) période(s) ?
 - Avec quel(s) protocole(s) ?
 - Avec quelle(s) molécule(s) ?
- Immunothérapie** - Si oui :
 - A quelle(s) période(s) ?
 - Avec quel(s) protocole(s) ?
 - Avec quelle(s) molécule(s) ?
- Hormonothérapie** - Si oui :
 - A quelle(s) période(s) ?
 - Avec quelle(s) molécule(s) ?
- Autre(s) traitement(s)** - Si oui, merci de les indiquer :

3) Avez-vous eu ou allez-vous avoir des soins de support ?

- Kinésithérapie** - Si oui :
 - A quelle(s) période(s) ?
 - A quelle(s) fréquence(s) ?
 - Pour quelle(s) raison(s) ?
- Suivi psychologique** - Si oui :
 - A quelle(s) période(s) ?
 - Etait-ce avec : un psychologue un psychiatre
- Autre(s) soin(s) de support** - Si oui, merci de les indiquer

4) Avez-vous actuellement l'un des effets indésirables suivants

- | | | | | |
|---|---|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Anémie | <input type="checkbox"/> Dépression | <input type="checkbox"/> Incontinence | <input type="checkbox"/> Perte de mobilité | <input type="checkbox"/> Autre(s) - Si oui, merci de les indiquer :
.....
.....
.....
.....
..... |
| <input type="checkbox"/> Anxiété | <input type="checkbox"/> Douleurs | <input type="checkbox"/> Lymphœdème - Si oui : | <input type="checkbox"/> Perte de poids | |
| <input type="checkbox"/> Aplasie | <input type="checkbox"/> Dyspnée | <input type="checkbox"/> Au bras <input type="checkbox"/> A la jambe | <input type="checkbox"/> Prise de poids | |
| <input type="checkbox"/> Arthralgie | <input type="checkbox"/> Étourdissement | <input type="checkbox"/> A droite <input type="checkbox"/> A gauche | <input type="checkbox"/> Syndrome mains-pieds | |
| <input type="checkbox"/> Asthénie | <input type="checkbox"/> Hypertension | <input type="checkbox"/> Nausées et vomissements | <input type="checkbox"/> Trouble cutanée | |
| <input type="checkbox"/> Bouffée de chaleur | <input type="checkbox"/> Hypotension | <input type="checkbox"/> Neuropathies périphériques | <input type="checkbox"/> Trouble de l'équilibre | |