

Bilan Diagnostic Kiné dans le cadre du cancer du sein

Coordonnées

NOM :	Date de naissance :
Adresse :	
Téléphone	Mail

Suivi médical	Prescripteur
Médecin traitant	O/N
Chirurgien	O/N
Oncologue	O/N

Prescription		
Cotation	Date 1er rdv	Praticien

BDK

Bilan initial effectué le :

Profession :

Situation familiale :

Activité physique :

Loisirs :

Poids :

Taille :

Fumeur : N/O

Si O : combien ?

Côté atteint : D/G

Côté dominant : D/G

Traitement

Médicamenteux	Chimiothérapie
Radiothérapie	Hormonothérapie
Soin de support	APA

Traitement kiné antérieur : N/O, si O, lesquels ?

Type de chirurgie : non/traitement conservateur/mastectomie/reconstruction

Si mastectomie reconstruction N/O, si N envisagée plus tard N/O ?

Si Reconstruction, type ? Prothèse/DIEP/grand dorsal/lipofilling

Curage axillaire : N/O

Phlébite du MS : N/O

Lymphorrhées : N/O

Si O, ponctions ?

Port à cathéter : N/O

Localisation et état des cicatrices

Date 1 :

Date 2 :

Date	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2
Localisation	Adhérente		Invaginée		En relief		Douleur EVA		Paresthésies	
Sein SE										
Sein SI										
Sein II										
Sein IE										
Mamelon										
Creux axillaire										
Dos										
Ventre										

Etat de la peau : Radiodermite N/O

Hématome N/O si O, où ?

Localisation et état de l'œdème

Date apparition œdème :

Contention :

Bande N/O, si O : autotraitement N/O Satisfaction N/O

Manchon N/O, si O : autotraitement N/O Satisfaction N/O

K-tape N/O, si O : autotraitement N/O Satisfaction N/O

Périmétrie

Repère	Date		Date	
	Côté droit	Côté gauche	Côté droit	Côté gauche
Acromio-axillaire				
-15cm coude				
-10cm coude				
-5cm coude				
Epicondyle				
+5cm coude				
+10cm coude				
+15cm coude				
poignet				
Score total				

Localisation du LMS : Distal N/O Si O : souple/fibrosé/cellulagie

Proximal N/O Si O : souple/fibrosé/cellulagie

Oedème main : N/O Si O : godet N/O

Oedème du sein : N/O

TLS : creux axillaire N/O , coude N/O, sein N/O, abdomen N/O

Bilan de l'épaule

Douleur à la mobilisation passive de l'épaule : N/O si O, où ?

EVA date 1 : EVA date 2 :

Douleur au mouvement : N/O si O, où ?

EVA date 1 : EVA date 2 :

Rétraction du grand pectoral : N/O

Test fonctionnel	Date :	Date :
Main/front	N/O	N/O
Main/nuque	N/O	N/O
Main/angle supérieur scapula controlatérale	N/O	N/O

Quick Dash Score Date 1 :

Date 2 :

ETP : "Selon vous, quel mouvement vous gêne actuellement et pourrait vous servir pour suivre votre évolution ?" :

Qualité de vie

EVA de la gêne globale induite par le lymphoedème : "évaluez la gêne que vous procure de façon générale votre lymphoedème" Score Date 1 :

Date 2 :

Autoquestionnaire LMS 27 Score Date 1 :

Date 2 :

Durant les 4 dernières semaines, du fait de votre bras, avez-vous éprouvé des difficultés ?	Questionnaire validé LMS 27 Alliot et Launois				
Questions	jamais	rarement	parfois	souvent	toujours
1. pour vous endormir : difficulté à trouver une position confortable, à placer votre bras malade					
2. pour faire votre toilette, vous brosser les cheveux, vous maquiller ?					
3. pour attraper des objets : ouvrir une porte, fermer un robinet ?					
4. pour dormir : réveils fréquents, douleur ?					
5. pour marcher, le bras étant lourd, pesant ou gonflé ?					
6. pour attraper des objets en hauteur, pendre du linge ?					
7. pour prendre les transports en commun ?					
8. dans le choix de vos vêtements, dans votre style vestimentaire ?					
9. pour rester longtemps dans certaines positions ?					
10. pour tenir des objets : des couverts, un livre, un vase, un plateau, etc. ?					
11. dans vos relations professionnelles ?					
12. une sensation de bras engourdi ?					
13. envie de vous mettre en colère ?					
14. des sensations de peau gonflée, tendue, dure ?					
15. un sentiment de tristesse ?					
16. le sentiment de manquer de confiance en vous-même ?					
17. des sensations de picotements, brûlures, tiraillements, fourmillements ?					
18. des sensations de bras lourd, pesant, gonflé ?					
19. été angoissée ?					
20. eu confiance dans l'avenir...?					
21. craint de vous regarder dans un miroir ?					
22. été «bien dans votre peau» ?					
23. été découragée ?					
24. dans votre vie sociale : pour aller au restaurant, au cinéma, au théâtre, à une réception ou faire du shopping...?					
25. pour profiter du soleil, pour vivre dehors au grand air ?					
26. dans votre vie affective avec votre conjoint, votre partenaire ?					
27. pour vos projets personnels : vacances, loisirs ?					
Score 1ère date :	2ème date :				

Questionnaire à réaliser à deux dates différentes choisies par le patient. Cotation de 1 : jamais à 5 : toujours

Questionnaire QUICK DASH

Veillez évaluer vos possibilités d'effectuer les activités suivantes au cours des 7 derniers jours en entourant le chiffre placé sous la réponse appropriée.

	Aucune difficulté	Difficulté légère	Difficulté moyenne	Difficulté importante	Impossible
Dévisser un couvercle serré ou neuf	1	2	3	4	5
Effectuer des tâches ménagères lourdes (nettoyage des sols ou des murs)	1	2	3	4	5
Porter des sacs de provisions ou une mallette	1	2	3	4	5
Se laver le dos	1	2	3	4	5
Couper la nourriture avec un couteau	1	2	3	4	5
Activités de loisir nécessitant une certaine force ou avec des chocs au niveau de l'épaule, du bras ou de la main (bricolage, tennis, golf etc.)	1	2	3	4	5

	Pas du tout	Légèrement	Moyennement	Beaucoup	Extrêmement
Pendant les 7 derniers jours, à quel point votre épaule, votre bras ou votre main vous a-t-elle gêné dans vos relations avec votre famille, vos amis ou vos voisins ?	1	2	3	4	5

	Pas du tout limité	Légèrement limité	Moyennement limité	Très limité	Incapable
Avez-vous été limité dans votre travail ou une de vos activités quotidiennes habituelles en raison de problèmes à votre épaule, votre bras ou votre main ?	1	2	3	4	5

Veillez évaluer la sévérité des symptômes suivants durant les 7 derniers jours . (entourez une réponse sur chacune des lignes)	Aucune	Légère	Moyenne	Importante	Extrême
Douleur de l'épaule, du bras ou de la main	1	2	3	4	5
Picotements ou fourmillements douloureux de l'épaule, du bras, ou de la main	1	2	3	4	5

	Pas du tout perturbé	Un peu perturbé	Moyennement perturbé	Très perturbé	Tellement perturbé que je ne peux pas dormir
Pendant les 7 derniers jours, votre sommeil a-t-il été perturbé par une douleur de votre épaule, de votre bras ou de votre main ? (entourez une seule réponse)	1	2	3	4	5

Le score du Quick DASH n'est pas valable s'il y a plus d'une réponse manquante.