



dimanche, mars 9, 2025

Kiné • Consultante • Formatrice

Être en mouvement au travail

CONSULTING POSTURE : EVALUATION INITIALE

Date du consulting

mardi, mars 11, 2025

☞ Ce questionnaire a pour objectif de préparer et adapter mon intervention, afin qu'elle soit la plus efficace pour vous.

Merci de compléter aussi précisément que possible ce document. Le remplir vous prendra entre 20 et 30 minutes.

i Si vous remplissez en ligne cette fiche, vous pourrez la signer à la toute fin et nous l'envoyer directement à la fin de votre saisie. Si vous souhaitez l'imprimer et la remplir manuellement, merci de la ramener lors de notre rendez-vous.

👁 Cette fiche est confidentielle et ne sera pas utilisée comme un outil de diagnostic, aucune de ces informations ne sera divulguée ou partagée.

Qui êtes-vous ?

Votre identité : Emilie Chamagne

Votre email professionnel : emilie.chamagne@orange.fr

Numéro de téléphone professionnel : 06-86-11-50-59

Votre date de naissance : vendredi, août 2, 1991

Votre entreprise/administration Dr chamagne emilie

Adresse de l'entreprise 33 bis bd de la libération
Gap, France, 05000

Votre condition physique

Pour rappel : cette fiche est confidentielle et ne sera pas utilisée comme un outil de diagnostic

Pratiquez-vous une activité sportive ? Si oui laquelle et combien d'heures par semaine ? Cheval 2h / renfo 1h / natation 45 min / marche ? Ski de fond ?

Avez-vous des problèmes articulaires ou une articulation artificielle (prothèse) ?

Portez-vous des lunettes ou lentilles de contact ?

Si oui, précisez le type de correction : Lunette myopie -1 gauche , -1,25 droite.

Ressentez-vous une fatigue visuelle (vue qui se brouille, tension, douleurs de yeux, sensibilité à la lumière...) ?

Êtes-vous sensible aux bruits

Ressentez-vous des maux de tête au cours ou en fin de journée ?

Ressentez-vous de la fatigue psychique ?

Ressentez-vous de la fatigue physique ?

Si oui, où se situe-t-elle ? (plusieurs choix possibles)

Avez-vous des troubles du sommeil (endormissement/réveil nocturne/sommeil non-réparateur) ?

Êtes-vous suivi par un ostéopathe ou kinésithérapeute ?

Si oui, préciser la fréquence : Au moins une fois par semaine

Avez-vous eu besoin d'un arrêt de travail durant les 12 derniers mois lié à cette problématique ?

Votre alimentation et vos moments de pause

Pour rappel : cette fiche est confidentielle et ne sera pas utilisée comme un outil de diagnostic

Mangez-vous le matin ?

En combien de temps ? 10 min

Déjeunez-vous le midi ?

En combien de temps ? 20 min

| | |
|--|--------------------|
| Dînez-vous le soir ? | Oui |
| En combien de temps ? | 1h |
| Faites-vous des pauses durant la journée ? | Oui |
| À quelle fréquence ? | Selon les jours |
| Que faites-vous majoritairement durant vos pauses ? | Activités, Antoine |

Votre poste de travail et son aménagement

Pour rappel : cette fiche est confidentielle et ne sera pas utilisée comme un outil de diagnostic

Pouvez-vous décrire brièvement votre poste de travail actuel ? Indiquez également si vous êtes assis, debout, si vous effectuez des déplacements (intérieur, extérieur), si vous travaillez de nuit, jour, ou avec horaires changeants. Merci de m'indiquer également le nombre d'année à ce poste :

Assise et me lève à chaque patient pour examen
 Travail principalement en demi journée sauf lundi journée complète (petit temps pour auto hypnose à midi) et mercredi (visite à domicile l'aprem)
 Installée depuis 2020 octobre

Comment évalueriez-vous le confort de votre poste de travail ? 6 / 10

Comment évalueriez-vous votre niveau de connaissance en matière d'aménagement ergonomique ? 5 / 10

Avez-vous déjà chercher à aménager votre poste de travail Oui

Avez-vous déjà ressenti des douleurs ou de l'inconfort au niveau du dos, des épaules, du cou ou d'autres parties du corps liées à votre travail de bureau ? 10 / 10

Avez-vous déjà été contraint.e de prendre des arrêts de travail en raison de problèmes de santé liés à votre travail de bureau ? 1 / 10

À quelle fréquence pratiquez-vous une activité physique ou sportive dans votre quotidien en dehors du travail ? 7 / 10

Etes-vous en mesure d'identifier dans votre quotidien ce qui est une activité sédentaire et ce qui est une activité physique ? Oui

Comment évalueriez-vous votre niveau de concentration au quotidien dans votre travail de bureau ? 8 / 10

Est-ce que vous êtes sensible aux sources de distractions ? 1 / 10

Comment évaluez-vous votre niveau de stress ou d'anxiété au quotidien lié à votre travail de bureau ? 3 / 10

Ressentez-vous actuellement des signes physiques liés au stress : palpitations, contractures musculaires, troubles digestifs, sueurs, dents serrées, irritabilité, difficultés de concentration ? 1 / 10

Comment décririez-vous la qualité de votre sommeil ? 7 / 10

Indiquer les 3 priorités à voir ensemble lors du consulting par ordre d'importance : (cliquez sur le thème choisi pour le déplacer d'une colonne à une autre)

Douleurs liées à l'inconfort du poste de travail

Inconfort de mon poste de travail

Principes d'aménagement ergonomique

Souhaitez-vous me préciser autre chose qui n'a pas été abordé dans ce questionnaire ?

Principal pb est douleur cervicale , favorisant névralgie dorsale

Avant il aurait fallu adapter pour syndrome rotulien mais impression que ça va mieux et plus de gêne au poste

Merci Marie :)

Merci de cocher pour votre accord

J'accepte de recevoir des informations de la formatrice Marie RODE par email

Je valide l'exactitude des informations renseignées



DROIT A L'IMAGE :

Marie RODE vous informe que dans le cadre du consulting, vous avez un droit à l'image.

Afin de documenter le consulting, celui-ci peut faire l'objet de prises de vue ou de captations sonores. Ces fichiers pourront être utilisés pour la communication des activités sur les supports suivants : réseaux sociaux, site web, plaquettes, presse. Ceci à l'exclusion de toute revente ou partage gratuit ou onéreux avec

un tiers. Si vous ne souhaitez pas apparaître sur ces images merci de l'indiquer de me l'indiquer lors de notre rendez-vous.



1b place du Champsaur, 05000 GAP



07.83.54.45.29



contact@marierodekine.fr



www.marierodekine.fr

Siret : 493 859 235 0118 • Numéro éducateur sportif : 00518ED0162 • Numéro Ordre des Masseurs-Kinésithérapeutes : 14326
Déclaration d'activité de formation enregistrée 93050089605 du préfet de région Provence-Alpes-Côte-d'Azur