

## ENQUETE D'EVALUATION D'ACTIVITE PHYSIQUE

<b>Activité Domestique</b>	Taches ménagères	Oui	Non	Temps
	Bricolage	Oui	Non	Temps
	Escalier	Oui	Non	Etages
<b>Activité professionnelle</b>	Non	Chômage		
		Autres		
	Oui	Temps assis Temps piétinement Port de charges Autres	Temps debout Temps marché Kg	
<b>Transports</b>	Voiture	Oui		Non
	Transport en commun	Oui		Non
	Marche à pied	Oui	Non	minutes
	Vélo	Minutes		Km
	Escaliers	Oui	Non	Etages
<b>loisirs</b>	Télévision	H en semaine		H en weekend
	Jardin	Temps par semaine		
	Sport Autres	Lequel		h par semaine
<b>Limites aux activités</b>	Fatigue Essoufflement Douleurs Autres	Au bout de Au bout de Au bout de		Minutes Minutes Minutes