

- Prescription Médicale d'Activité Physique Adaptée -



Renseignements sur la patiente

Nom Prénom :

Date de naissance :

Situation de la patiente (cocher) :

- Adolescence
- Parcours de Procréation Médicalement Assisté
- Grossesse en cours / préciser le terme :
- Post-partum / préciser date d'accouchement :
- Péri-ménopause/ménopause
- Pathologie(s) chronique(s)

Pathologie(s) chronique(s) de la patiente (noter) :

La patiente a-t-elle déjà réalisée un test d'effort ? (spécifier) :

Informations utiles à connaître et susceptibles d'avoir des répercussions lors de l'accompagnement en Activité physique Adaptée (indiquer) :

A signaler si besoin :

- Allergie connue :
- Si traitement spécifique lié à la pathologie pouvant impacter la pratique d'activité physique :
 - Spécifier :
 - Indiquer la CAT (si besoin) :
- Mesure d'hygiène particulière :
- Constantes utiles à relever au cours de la séance : FC, SatO2, TA, ...
- Oxygénothérapie (vérification du remplissage de l'obus avant le RDV), **débit effort** (si connue), sinon **débit repos** :

attenués d'une ALD. Concerne les titulaires d'un titre à finalité professionnelle, d'un certificat de qualification professionnelle ou d'un diplôme fédéral, inscrit sur arrêté interministériel qui ne peuvent intervenir dans la dispensation d'activités physiques adaptées à des patients atteints de limitations fonctionnelles modérées que dans le cadre d'une équipe pluridisciplinaire (cf. annexe 4 de l'instruction interministérielle n° DGS/EA3/DGESIP/DS/SG/2017/81 du 3 mars 2017 relative à la mise en œuvre des articles L.1172-1 et D.1172-1 à D.1172-5 du code de la santé publique et portant guide sur les conditions de dispensation de l'activité physique adaptée prescrite par le médecin traitant à des patients atteints d'une affection de longue durée)

Prescription médicale d'activité physique adaptée

Je prescris une activité physique et/ou sportive adaptée, à adapter en fonction de l'évolution des aptitudes de la patiente.

Pendant (*cocher*)

- 1 mois
- 2 mois
- 3 mois
- Autre :

Préconisation d'activité et recommandations :

1 - Besoin(s) de la patiente (*cocher*)

- Rééducation
- Réadaptation
- Réentraînement à l'effort
- Prévention primaire, secondaire, tertiaire
- Maintien de la condition physique
- Remise en forme après une période de sédentarité
- Lien social
- Motivation
- Bien-être
- Schéma corporel
- Estime de soi
- Education thérapeutique (*préciser*) :
- Autre (*noter*) :

2- Recommandations (*cocher*)

- Endurance
- Renforcement musculaire
- Relâchement musculaire
- Equilibre
- Coordination
- Agilité
- Motivation
- 1-2 X/ semaine
- 2-3 X/semaine
- Faible intensité
- Moyenne intensité
- Haute intensité
- Autre (*noter*):

3- Préconisations (*noter*) :

4- Contre-indications relatives ou absolues (noter) :

Types d'intervenant(s) appelé(s) à dispenser l'activité physique (en référence de l'Article D.1172-2 du Code de la santé publique¹), le cas échéant, dans le cadre d'une équipe pluridisciplinaire (cocher)

- Praticienne en Activité Physique Adaptée et Santé

Document remis à la patiente (cocher)

- Oui
- Non

Souhaitez-vous recevoir un compte –rendu d'accompagnement en Activité Physique Adaptée ?

- Oui - Non
- Si oui, noter l'adresse d'envoi (mail ou postale) :

Nom du professionnel de santé en charge du suivi médical de la patiente (noter)

Téléphone du professionnel de santé en charge du suivi médical de la patiente (noter)

Date de la prescription :

Lieu :

Signature :

Cachet du professionnel de santé :