

# **\*PRESCRIPTION DU MÉDECIN TRAITANT OU DU MÉDECIN SPÉCIALISTE**

pour les personnes atteintes d'une ALD, d'une maladie chronique, présentant des facteurs de risques et des personnes en perte d'autonomie.\*\*

Je, soussigné.e, Dr .....

prescrit une activité physique et/ou sportive adaptée à :

Nom:.....Prénom:..... Né(e) le: .....

pendant : ☐ 3 mois ☐ 6 mois ☐ 12 mois

☐ Autre .....

à adapter en fonction de l'évolution des aptitudes.

J'atteste de son aptitude et de la bonne indication au sport-santé.

Les objectifs recherchés (cochez la ou les cases) :

## **PHYSIOLOGIQUES**

- ☐ Renforcement musculaire
- ☐ Equilibre et proprioception
- ☐ Souplesse et mobilité articulaire
- ☐ Capacité cardio-respiratoire
- ☐ Perte de poids
- ☐ Autres : .....

## **PSYCHOSOCIAUX**

- ☐ Gestion du stress
- ☐ Travail cognitif
- ☐ Estime de soi / Bien-être
- ☐ Création de liens sociaux
- ☐ Favoriser la réinsertion socioprofessionnelle
- ☐ Autres : .....

Le...../...../20.....

à /.....

Signature du médecin prescripteur

Cachet du médecin

\*Décret n°2016-1990 du 30 décembre 2016 relatif aux conditions de dispensation de l'activité physique adaptée prescrite par le médecin traitant à des patients atteints d'une affection de longue durée

\*\*Loi n°2022-296 du 2 mars 2022 visant à démocratiser le sport en France

A compléter au moment de la visite de prescription par le médecin afin d'adapter au mieux la pratique d'activité physique et faciliter la réalisation du bilan initial qui vous sera adressé.

Données anthropométriques :

Poids:.....

Taille : .....

IMC:.....

Périmètre abdominal:.....

Indications sur les pathologies (et complications éventuelles) pour lesquelles l'activité est prescrite: .....

.....

Antécédents médicaux significatifs:

.....

Antécédents chirurgicaux significatifs:

.....

Traitements médicamenteux: ☐ Oui ☐ Non

Si oui quels sont les effets secondaires à prendre en compte ?

.....

L'activité physique adaptée doit être réalisée en tenant compte des éléments suivants :

**Troubles respiratoires du patient :**

☐ Faible ☐ Modéré ☐ Elevé ☐ Très élevé

Précisez : .....

**Troubles neurologiques du patient :**

☐ Aucun ☐ Minime ☐ Modérée ☐ Sévère

Précisez : .....

**Niveau du risque cardio-vasculaire :**

☐ Faible                      ☐ Modéré                      ☐ Elevé                      ☐ Très élevé

Précisez : \_\_\_\_\_

*En cas de risque élevé, un bilan cardiologique récent devra valider l'absence de contre-indication.  
En cas de risque très élevé, la prise en charge devra être réalisée initialement en service spécialisé*

**Niveau d'altération fonctionnelle du patient (locomotrice, cérébrale, fonctionnelle) :**

☐ Aucune                      ☐ Minime                      ☐ Modérée                      ☐ Sévère

Précisez : \_\_\_\_\_

*Conformément à l'article D 1172-2 du code de la santé publique, en cas d'altération fonctionnelle sévère le patient doit réaliser un bilan fonctionnel auprès d'un kinésithérapeute, ergothérapeute ou psychomotricien. (financement à charge du patient)*

Recommandation médicale :

Le...../...../20..... , à.....

Signature :