NOM Prénom du patient : ……

Date de naissance : ……

☐ ORDONNANCE INITIALE
☐ RENOUVELLEMENT D'ORDONNANCE

PRESCRIPTION MÉDICALE D'ACTIVITÉ(S) PHYSIQUE(S) ADAPTÉE(S)

En fonction de la pathologie, le patient est-il en cours de traitements conventionnels (chirurgie, chimiothérapie, radiothérapie...) ou les a-t-il terminés depuis moins d'un an ? ☐ non ☐ oui

Je prescris une activité physique et/ou sportive adaptée, dont l'évolution doit être à adapter en fonction de celle des aptitudes du patient. Elle sera encadrée par un professionnel * :
Durée : ☐ 3 mois ☐ 6 mois ☐ 12 mois
Intensité : ☐ *Très douce* ☐ *Douce* ☐ *Modérée à intense*
Fréquence : ☐ *1 x / semaine* ☐ *2 x* / semaine ☐ 3 x / semaine

Degré de limitation(s) du patient :

	Aucune	Minimes	Modérées	Sévères
Fonctions **locomotrices** *(neuromusculaire, ostéoarticulaire, endurance à l'effort, marche, force)*	☐	☐	☐	☐
Fonctions **cérébrales** *(cognitive, langagière, anxiété/ dépression)*	☐	☐	☐	☐
Fonctions **sensorielles** *(visuelle, sensitive, auditive, proprioceptive, douleur)*	☐	☐	☐	☐

Préconisation et recommandation d'activités
☐ Activités d'endurance cardio-vasculaire
☐ Activités d'assouplissements / relaxation
☐ Activités de coordination / équilibre
☐ Activités de renforcement musculaire

Autre suggestion :……
……
Activité contre-indiquée : ……
……

La dispensation de l'activité physique adaptée ne peut pas donner lieu à une prise en charge financière par l'assurance maladie **.

Je certifie avoir examiné le patient ce jour et n'avoir pas constaté de signes cliniques apparents, contre-indiquant la pratique d'une activité physique adaptée.

Signature et cachet :

☐ Remis en mains propres au patient,

le ……, à ……

* 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 la 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 oeuvre 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)

** 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 ALD

POUR TOUS RENSEIGNEMENTS : **MSS SPORT SANTE EN LUBERON**
06.59.02.54.98 - *mssenluberon@gmail.com - www.sportsanteenluberon.fr*

FICHE DE RENSEIGNEMENTS
COMPLEMENTAIRES

A faire compléter par votre médecin établissant le certificat médical afin d'adapter au mieux votre pratique d'activité physique

- **La pratiquante / le pratiquant NE DOIT PAS réaliser les actions suivantes :**

◯Marcher ◯ Courir ◯ Sauter ◯ Mettre la tête en arrière ◯ Lancer ◯ Tirer

◯Pousser ◯ Porter ◯ Attraper ◯ S'allonger au sol ◯ Se relever du Sol

◯Autres : ……

- **Elle / il NE DOIT PAS réaliser les types d'efforts suivants :**

◯Endurance (long et peu intense) ◯ Vitesse (bref et intense) ◯ Résistance

- **Elle / il NE DOIT PAS solliciter les articulations suivantes :**

◯Rachis ◯ Hanches ◯ Genoux ◯ Chevilles ◯ Epaules

◯Autres : ……

- **Et ses mouvements sont limités en terme de :**

◯Amplitude ◯ Vitesse ◯ Charge ◯ Posture

- **Il est donc nécessaire d'arrêter l'APS en cas de :**

◯Douleur ◯ Fatigue ◯ Essoufflement

- **Autres aménagements souhaitables :**

◯Adaptation selon conditions climatiques (froid, sec, humidité …)

◯Adaptation du temps de récupération

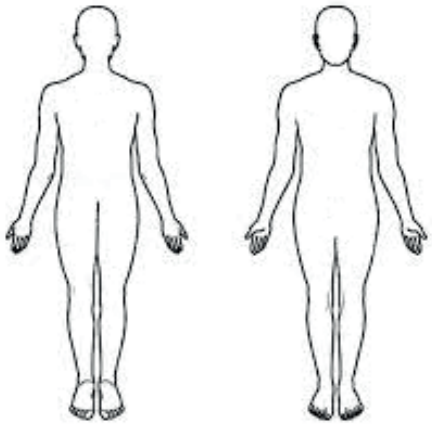
DOULEURS ET FRAGILITES PHYSIQUES

Le : ……../……../……

Observations : ……

……

……

……

Sur le personnage ci-dessous, désignez où se situent les douleurs ou fragilités :