

Je soussigné(e) :

Déclare avoir examiné de jour :

Né(e) le :

Et avoir constaté un intérêt thérapeutique de la pratique d'une activité physique régulière, adaptée, sécurisante et progressive

Je prescris une prise en charge en activité physique adaptée pour : 3 mois 6 mois 9 mois 12 mois

PRÉCONISATIONS D'ACTIVITÉ PHYSIQUE :

Type d'activité :

- Endurance : continue fractionnée
- Renforcement musculaire
- Se relever, équilibre
- Souplesse, étirements
- Coordination
- Activité en décharge/portée (vélo/natation)

Intensité d'activité :

- Légère : possibilité de parler normalement
- Modérée : respiration accélérée; possibilité de parler avec des petites phrases → *Recommandations OMS*
- Elevée : respiration bruyante; difficulté à prononcer quelques mots

Autre activité :

Exemple :
Tennis-santé : 2x/semaine
Marche : 30min quotidienne...

PRÉCAUTIONS PARTICULIÈRES :

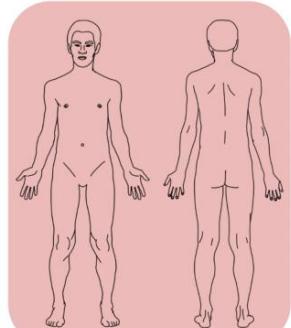
Type de vigilance sur :

- Appareil locomoteur
- Cardiovasculaire
- Respiratoire
- Métabolisme
- Cutané & infectieux
- Autre :

Actions à effectuer avec vigilance :

- Marcher
- Courir
- Sauter
- Lancer
- Port de charge
- Autre :
- S'allonger au sol
- Se relever du sol
- Equilibre
- Milieu aquatique
- Chocs

Vigilance par zones :



RECOMMANDATIONS : Adaptations thérapeutiques, signes cliniques à repérer amenant à consulter de nouveau :

ORIENTATION :

Je confie le bilan éducatif personnalisé et l'orientation. Je renseigne, imprime ce document et le remet au patient en main propre.

J'indique au patient d'appeler :

OU La plateforme régionale Prescri'Forme car je ne sais pas quelles sont celles de mon département : 09.75.23.71.60
 La Maison Sport-Santé locale : Maison Sport-Santé de Bligny Téléphone : 01.69.26.38.62

- J'informe le patient que je suis disposé à suivre l'évolution de sa pratique d'activité physique
- J'informe le patient que les séances d'activité physique ne sont pas remboursées par l'assurance maladie

Fait à :

Le :

Signature du médecin :