



Activité physique sur
ordonnance en Ile-de-France

PRESCRIRE ET ORIENTER VERS UNE ACTIVITÉ PHYSIQUE ADAPTÉE POUR LA SANTÉ

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 :

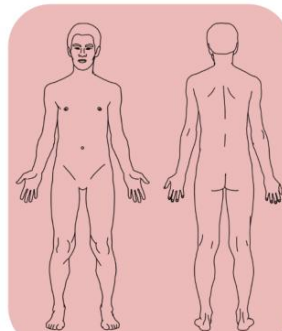
Type de vigilance sur :

- ☐ 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 :