

Ordonnance de prescription d'activité physique adaptée¹

Mail du prescripteur :
(pour transmission du bilan et du suivi)

Je soussigné(e), Dr certifie que l'état de santé de M./Mme..... né(e) le nécessite la pratique d'une activité physique adaptée à ses capacités fonctionnelles, dans le cadre d'une affection de longue durée / maladie chronique / facteur de risque. L'activité physique devra être encadrée par un professionnel qualifié et respecter les critères définis.

Profil du patient (facteurs de risques identifiés) :

☐ Sédentarité et/ou inactivité physique)

☐ Aucune situation particulière

☐ Éducation thérapeutique du patient

☐ Autre, précisez :

☐ Prévention des chutes / sarcopénie

Affections de longue durée ou maladie chronique :

Oui

Non

Si oui, précisez :

Activités privilégiées :

☐ Renforcement musculaire

☐ Souplesse

☐ Endurance cardio respiratoire

☐ Equilibre et coordination

Arrêt en cas de :

Contres indications ou information complémentaire pour sécuriser la pratique :

.....
.....
.....
.....

☐ Document remis au patient

le/...../.....

Signature et cachet professionnel :

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

¹ 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