

> LE PATIENT

Nom :

Prénom :

Adresse :

.....

.....

.....

Date de naissance :

Poids : Taille :

> LE MÉDECIN

Nom :

Courriel :

Cachet du Médecin

- Je prescris une activité physique adaptée.
- Je certifie avoir examiné le patient ce jour et n'avoir décelé aucun signe clinique apparent contre indiquant la pratique d'une activité physique adaptée.

> LIMITATION FONCTIONNELLE :

- Absence de limitation : dispositif de Caen/Hérouville Saint-Clair / Mondeville
- Minimale : dispositif de Caen/Hérouville Saint-Clair / Mondeville
- Modérée : dispositif d'Hérouville Saint-Clair / Mondeville

> PRIORITÉ(S) DANS LES EXERCICES À TRAVAILLER :

- Force
- Équilibre/coordination
- Assouplissement/étirement
- Endurance



> QUEL(S) OBJECTIF(S) FIXEZ-VOUS POUR VOTRE PATIENT ?

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Contrôler la tension artérielle | <input type="checkbox"/> Rompre avec l'isolement |
| <input type="checkbox"/> Augmenter le périmètre de marche | <input type="checkbox"/> Diminuer l'anxiété |
| <input type="checkbox"/> Améliorer l'endurance musculaire | <input type="checkbox"/> Améliorer le sommeil |
| <input type="checkbox"/> Intervenir en renforcement musculaire. | <input type="checkbox"/> Diminuer les douleurs |
| <input type="checkbox"/> Stabiliser le poids | <input type="checkbox"/> Augmenter l'amplitude articulaire |
| <input type="checkbox"/> Contrôler le diabète | <input type="checkbox"/> Améliorer la souplesse |
| <input type="checkbox"/> Améliorer le bien-être | <input type="checkbox"/> Améliorer l'équilibre |
| <input type="checkbox"/> Améliorer l'autonomie | |

AUTRES OBJECTIFS :

.....

.....

> PRÉCAUTIONS :

.....

.....

.....

Mettre sous pli les informations complémentaires utiles à la mise en place d'une activité physique adaptée.

- Document remis au patient

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



POUR PRENDRE RENDEZ-VOUS :

- CAEN ▶ 02 31 30 46 36
- HÉROUVILLE SAINT-CLAIR ▶ 02 31 45 32 94
- MONDEVILLE ▶ 07 85 65 80 70

Date et signature

.....