

ORDONNANCE

► LE PATIENT

Nom :

Prénom :

Adresse :

.....

.....

.....

Date de naissance :

Poids : Taille :

► LE MÉDECIN

Nom :

Courriel :

Pour le suivi de votre patient et pour recevoir notre lettre d'information,
merci d'indiquer votre courriel.

Cachet du Médecin

Les comptes-rendus vous seront envoyés via la plateforme Goove.

☐ Je prescris une activité physique adaptée.

► LIMITATIONS FONCTIONNELLES (locomotrice, cérébrale et/ou sensorielle) :

Cf tableau des limitations fonctionnelles en pages centrales de l'ordonnancier.

- ☐ 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



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

- | | |
|---|--|
| ☐ Contrôler les facteurs de risques cardio-vasculaires (perte de poids...) | ☐ Améliorer la santé mentale (anxiété, isolement, sommeil, ...) |
| ☐ Améliorer la santé physique (périmètre de marche, endurance, amplitude articulaire et souplesse) | ☐ Améliorer le fonctionnement cognitif |
| | ☐ Diminuer les douleurs |

AUTRES OBJECTIFS :

.....

.....

➤ **PRÉCAUTIONS :**

.....

.....

.....

Document complémentaire remis au patient

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

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 décelé aucun signe clinique apparent contre indiquant la pratique d'une activité physique adaptée.



**POUR PRENDRE
RENDEZ-VOUS :**

- CAEN ➤ 02 31 30 46 36
- HÉROUVILLE SAINT-CLAIR ➤ 02 31 45 34 30
- MONDEVILLE ➤ 07 85 65 80 70

Date et signature

Prescription non renouvelable

