

Tampon du médecin traitant
ou spécialiste

NOM – Prénom du patient :

Date de naissance :

N° de téléphone :

Pathologie(s) chronique(s) concernée(s)* :

Le patient est-il en Affection de Longue Durée (sous protocole ALD) ?

non oui : pour quelle(s) affection(s) ?

*si cancer : le patient est-il en cours de traitements conventionnels (chirurgie, chimiothérapie, radiothérapie) ou les a-t-il terminés depuis moins d'un an ? non oui

PRESCRIPTION D'UN PROGRAMME D'ÉDUCATION THÉRAPEUTIQUE

Le patient a-t-il déjà participé à un programme d'éducation thérapeutique ?

non oui : précisez l'année : la structure :

Je prescris un programme d'éducation thérapeutique : non oui

- Programme DIABÈTE (Type 1 ou type 2 ou diabète gestationnel)
- Programme OBÉSITÉ (IMC sup à 30 ou Tour de taille chez l'homme sup à 102cm ou sup à 88cm chez la femme)
- Programme MALADIE CARDIO-VASCULAIRE
- Autre :

Nombre de programmes cochés :

Antécédents médicaux / commentaires :

.....
.....

Date et signature :

CERTIFICAT DE PRESCRIPTION ET DE NON CONTRE-INDICATION À LA PRATIQUE D'UNE ACTIVITÉ PHYSIQUE ADAPTÉE

Je prescris / recommande une activité physique adaptée : non oui

Identification du niveau d'altération fonctionnelle du patient (locomotrice, cérébrale, sensorielle): [cochez une seule case]

aucune altération fonctionnelle ou altération fonctionnelle minime modérée sévère
précisez :

Conformément à l'article D 1172-2 du code de la santé publique, en cas d'altération fonctionnelle sévère le patient doit réaliser un bilan fonctionnel auprès d'un kinésithérapeute, ergothérapeute ou psychomotricien. (financement à la charge du patient).

Remarque :

Je certifie avoir examiné le patient ce jour et n'avoir pas constaté de signes cliniques apparents, contre-indiquant la pratique d'une activité physique adaptée :

Avec une sollicitation cardio-respiratoire [cochez une case] légère modérée élevée

Avec une sollicitation articulaire [cochez une case] légère modérée élevée

Remarque :

Recommandations médicales (à l'attention des professionnels de l'activité physique intervenants) :

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

Date et signature :