

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 pluripathologies PLANETH Patient

Pathologie.s concernée.s  obésité  diabète  MCV  maladies respiratoires

autre (préciser) : .....

*Si plusieurs pathologies concernées, entourer la thématique prioritaire*

Autre programme : ..... Nombre de thématique.s cochée.s : .....

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 :

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

Nov 2020