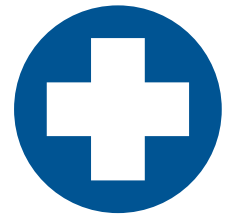




Prescription d'activité physique adaptée Formulaire médical



Nom et Prénom du participant :

Anamnèse médicale, assuétudes/profession et traitement médicamenteux actuel :

Antécédents médicaux et précautions particulières (appareil locomoteur, cardio-vasculaire, cutané et infectieux, etc) :

Examen clinique :

Taille :

Poids :

Afin d'assister la décision, et avec l'aide éventuelle du tableau ci-joint, je constate que mon/ma patient(e) présente globalement un phénotype de type :

- Aucune limitation (1)
- Limitation minimale (2)
- Limitation modérée (3)
- Limitation sévère (4)

Fonctions	1) AUCUNE Limitation	2) Limitation Minime	3) Limitation Modérée	4) Limitation Sévère
Proprioception (risque de chutes)				
Endurance à l'effort				
Force				
Neuro musculaire				
Articulaire				
Marche				
Douleur				
Capacité auditive				
Capacité visuelle				
Capacité sensitive				

Prescription :

- Je soussigné, Docteur
certifie avoir examiné(e) ce jour Mr/Mme, né(e) le / / .
Je n'ai pas constaté, à ce jour, de contre-indications majeures à la pratique de
l'activité physique adaptée. Je prescris et autorise, par ce biais, la réalisation d'activité
physique adaptée et encadrée pour mon/ma patient(e).
- La précision de son phénotype via un bilan complémentaire par un kinésithérapeute
sera réalisée de manière plus complète lors de l'inclusion dans le programme.

Date :

Signature

Cachet



Annexe d'aide à la décision, à imprimer :
Formulaire CSEP :
<https://magasin.scpe.ca/pages/getactivequestionnaire>

Modèle de continuum de prise en charge en APA du patient malade chronique

