

# Formulaire spécifique de prescription à la disposition des médecins

## Patient(e) :

Nom : .....

Prénom : .....

Né(e) le : ..... Sexe : ..... Poids : .....

### Motif de prescription :

- |                                       |                                       |                                 |
|---------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------|
| <input type="checkbox"/> IMC > 35     | <input type="checkbox"/> Diabète T2   | <input type="checkbox"/> Cancer |
| <input type="checkbox"/> Dyslipidémie | <input type="checkbox"/> BPCO         | <input type="checkbox"/> HTA    |
| <input type="checkbox"/> M. Parkinson | <input type="checkbox"/> Autre* ..... |                                 |

Je prescris une activité physique et/ou sportive adaptée pendant ..... mois.

## Préconisations d'activités et recommandations, notamment :

Niveau de limitation du patient :  aucune  minime  modérée  sévère\*

Risque(s) iatrogène(s) potentiel(s) en rapport avec l'activité physique : .....

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

Pathologie(s) pouvant entraîner une limitation ostéoarticulaire : .....

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

**Type d'intervenant(s) appelé(s) à dispenser l'activité physique (en référence à l'Article D. 1172-2 du Code de la santé publique<sup>1</sup>), le cas échéant, dans le cadre d'une équipe pluridisciplinaire<sup>2</sup>:**

- Enseignant en Activités Physiques Adaptées  Kinésithérapeute

A adapter en fonction de l'évolution des aptitudes du patient.

Non remboursable

## Certificat médical de non contre-indication à la pratique de l'activité physique

Je soussigné, certifie que, après interrogatoire et examen clinique réalisés ce jour, le/la patient(e) ne présente pas de signe de contre-indication à la pratique des activités physiques et/ou sportive adaptées.

Ce certificat médical est établi à la demande de l'intéressé(e) pour une durée de validité équivalente à la prescription de l'activité physique et/ou sportive adaptée ci-dessus.

Certificat remis en main propre pour faire valoir ce que de droit.

Lieu	Date	Signature du médecin	Cachet professionnel

<sup>1</sup> Décret n° 2016-1990 du 30 décembre 2016 relatif aux conditions de dispensation de l'activité physique adaptée prescrite par le médecin traitant à des patients atteints d'une ALD

<sup>2</sup> Concernent les titulaires d'un titre à finalité professionnelle, d'un certificat de qualification professionnelle ou d'un diplôme fédéral, inscrit sur arrêté interministériel qui ne peuvent intervenir dans la dispensation d'activités physiques adaptées à des patients atteints de limitations fonctionnelles modérées que dans le cadre d'une équipe pluridisciplinaire (cf. annexe 4 de l'instruction interministérielle n° DGS/EA3/DGESIP/DS/SG/2017/81 du 3 mars 2017 relative à la mise en œuvre des articles L.1172-1 et D.1172-1 à D.1172-5 du code de la santé publique et portant guide sur les conditions de dispensation de l'activité physique adaptée prescrite par le médecin traitant à des patients atteints d'une affection de longue durée)