

PRESCRIPTION & NON CONTRE-INDICATION À LA PRATIQUE D'UNE ACTIVITÉ PHYSIQUE ADAPTÉE (APA)

Je soussigné(e) Docteur :

Exerçant à

Certifie avoir examiné ce jour :

NOM..... Prénom

Date de naissance :/...../..... Sexe

☐ Je prescris une activité physique et/ou sportive régulière, adaptée, progressive et sécurisante pendant : semaine(s)

☐ Je constate l'absence de signes cliniques décelables contre-indiquant la pratique d'une activité physique adaptée à sa pathologie

Merci de cocher le(s) critère(s) d'inclusion:

- ☐ Affection de Longue Durée (pathologies relevant de la liste ALD 30)
- ☐ Troubles musculo-squelettiques
- ☐ Troubles persistants suite à une Covid-19
- ☐ Obésité (IMC > 30 kg/m²)

Préciser :

Niveau d'atteinte déterminé : ☐ Minime ☐ Modérée ☐ Sévère

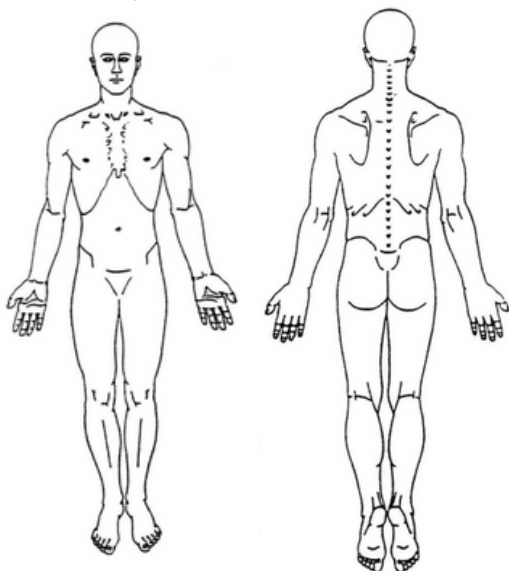
Orientation(s) prioritaire(s) : ☐ Force ☐ Equilibre/Coordination

☐ Assouplissement/Etirement ☐ Endurance

Contre-indications et limitations fonctionnelles éventuelles :

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

Indiquer sur le schéma, la localisation de la douleur, depuis les 8 derniers jours, en hachurant les zones concernées.



☐ Document remis au patient

Lieu date :

Signature cachet professionnel :

