

## > LE PATIENT

Nom : .....

Prénom : .....

Adresse : .....

.....

.....

.....

Date de naissance : .....

Poids : ..... Taille : .....

## > LE MÉDECIN

Nom : .....

Courriel : .....

Cachet du Médecin

- Je prescris une activité physique adaptée.
- Je certifie avoir examiné le patient ce jour et n'avoir décelé aucun signe clinique apparent contre indiquant la pratique d'une activité physique adaptée

## > LIMITATION FONCTIONNELLE :

- Absence de limitation : dispositif de Caen/Hérouville Saint-Clair / Mondeville
- Minimale : dispositif de Caen/Hérouville Saint-Clair / Mondeville
- Modérée : dispositif d'Hérouville Saint-Clair / Mondeville

## > PRIORITÉ(S) DANS LES EXERCICES À TRAVAILLER :

- Force
- Équilibre/coordination
- Assouplissement/étirement
- Endurance



## ➤ QUEL(S) OBJECTIF(S) FIXEZ-VOUS POUR VOTRE PATIENT ?

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Contrôler la tension artérielle        | <input type="checkbox"/> Rompre avec l'isolement           |
| <input type="checkbox"/> Augmenter le périmètre de marche       | <input type="checkbox"/> Diminuer l'anxiété                |
| <input type="checkbox"/> Améliorer l'endurance musculaire       | <input type="checkbox"/> Améliorer le sommeil              |
| <input type="checkbox"/> Intervenir en renforcement musculaire. | <input type="checkbox"/> Diminuer les douleurs             |
| <input type="checkbox"/> Stabiliser le poids                    | <input type="checkbox"/> Augmenter l'amplitude articulaire |
| <input type="checkbox"/> Contrôler le diabète                   | <input type="checkbox"/> Améliorer la souplesse            |
| <input type="checkbox"/> Améliorer le bien-être                 | <input type="checkbox"/> Améliorer l'équilibre             |
| <input type="checkbox"/> Améliorer l'autonomie                  |  |

## AUTRES OBJECTIFS :

.....

.....

## ➤ PRÉCAUTIONS :

.....

.....

.....

Mettre sous pli les informations complémentaires utiles à la mise en place d'une activité physique adaptée.

- Document remis au patient

La dispensation de l'activité physique adaptée ne peut pas donner lieu à une prise en charge financière par l'assurance maladie.



**POUR PRENDRE  
RENDEZ-VOUS :**

- CAEN ▶ **02 31 30 46 36**
- HÉROUVILLE SAINT-CLAIR ▶ **02 31 45 32 93**
- MONDEVILLE ▶ **07 85 65 80 70**

Date et signature