

Prescription Médicale d'Activité Physique Adaptée

Médecin

Nom :

Médecin traitant

Autre :

Patient

Nom : Prénom :

Date de naissance :

Pathologie principale :

Pathologie(s) secondaire(s) :

Certifie avoir à ce jour examiné et :

Ne constate aucune contre-indication à la pratique d'une Activité Physique Sportive Adaptée.

Niveau d'atteinte déterminée

Minime

Modérée

Sévère

Axe de travail :

Force	Souplesse	Coordination	Equilibre	Endurance
<input type="checkbox"/> Membre sup. droit	<input type="checkbox"/> Epaule (d+g)	<input type="checkbox"/> Générale	<input type="checkbox"/> Bi podal statique	<input type="checkbox"/> Membre inférieur
<input type="checkbox"/> Membre sup. gauche	<input type="checkbox"/> Dos (d+g)	<input type="checkbox"/> Spécifique :	<input type="checkbox"/> Bi podal en mouvement	<input type="checkbox"/> Membre supérieur
<input type="checkbox"/> Membre inf. droit	<input type="checkbox"/> Hanche (d+g)	<input type="checkbox"/> Unipodal droit	
<input type="checkbox"/> Membre inf. gauche	<input type="checkbox"/> Chevilles (d+g)		<input type="checkbox"/> Unipodal gauche	
	<input type="checkbox"/> Genoux (d+g)			

Les contre-indications :

Prescrit des séances d'Activité Physique Adaptée, à raison de séance(s) par semaine pour une durée de Semaine(s). Les séances ne doivent pas dépasser MET(s) ou/10 de l'échelle de Borg.

Document remis au patient

Date :

Signature et cachet du médecin :