

# FICHE DE PRESCRIPTION



Je soussigné, Dr. ....docteur en médecine, prescris une activité physique et/ou sportive adaptée<sup>1</sup> à :

Mme/M....., pendant....., à adapter en fonction de l'évolution des aptitudes du patient.

Je souhaite recevoir la fiche de suivi du patient.

Type de limitation fonctionnelle du patient :

Aucune	Minime	Modérée	Sévère*
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

\*Le patient possède une ou plusieurs des caractéristiques suivantes : 1. Fonctions locomotrices - Fonction neuromusculaire: Altération de la motricité et du tonus affectant la gestuelle et l'activité au quotidien - Fonction ostéoarticulaire: Altération d'amplitude sur plusieurs articulations, affectant la gestuelle et l'activité au quotidien - Endurance à l'effort: Fatigue invalidante dès le moindre mouvement - Force: Ne peut vaincre la résistance pour plusieurs groupes musculaires - Marche: Distance parcourue inférieure à 150 m 2. Fonctions cérébrales - Fonctions cognitives : Mauvaise stratégie pour un mauvais résultat, échec - Fonctions langagières : Empêche toute compréhension ou expression - Anxiété /Dépression : Présente des manifestations sévères d'anxiété et/ou de dépression 3- Fonctions sensorielles et douleur - Capacité visuelle : Vision ne permettant pas la lecture ni l'écriture. Circulation seul impossible dans un environnement non familier - Capacité sensitive : Stimulations sensibles non perçues, non localisées - Capacité auditive : Surdité profonde - Capacités proprioceptives : Déséquilibres sans rééquilibrage. Chutes fréquentes lors des activités au quotidien – Douleur : Douleur constante avec ou sans activité.



## Compléments d'informations permettant d'adapter et de sécuriser la pratique.

➔ **Le/la pratiquant(e) NE DOIT PAS réaliser les actions suivantes :**

- marcher  courir  tirer  pousser  sauter  lancer  porter  mettre la tête en arrière
- attraper  s'allonger au sol  se relever du sol  autres : .....

➔ **Il/elle NE DOIT PAS réaliser les types d'effort suivants :**

- endurance (*long et peu intense*)  vitesse (*bref et intense*)  résistance

➔ **Il/elle NE DOIT PAS solliciter les articulations suivantes :**

- rachis  hanche  genou  cheville  épaule  autres : .....

**et ses mouvements sont limités en terme de :**  amplitude  vitesse  charge  posture

➔ **Observations :** .....

### NB :

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

Via la Plateforme CAP Sport Santé 83, vous pouvez bénéficier d'un parcours d'activité physique adaptée en partie pris en charge par nos partenaires.

Contact : 04 94 46 01 92 – CAP Sport Santé 83

A....., Le.....,

Signature du médecin :

Cachet du médecin :

1 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.

2 Concerne 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 la 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).





## CERTIFICAT MÉDICAL



### de non contre-indication à la pratique d'activité physique

Je soussigné, Dr. ....docteur en médecine,  
certifie avoir examiné ce jour, Mme. / M. ....  
né(e) le : ..... et n'avoir pas constaté de contre-indication  
apparente à la pratique de :

- l'ensemble des activités physiques proposées par CAP Sport Santé 83
- activité(s) physique(s) suivante(s):.....

A .....,

Signature du médecin :

le.....,

Cachet du médecin :