

Prescription et certificat de non contre-indication à la pratique d'une activité physique adaptée

Je soussigné, Dr _____, certifie avoir effectué ce jour l'évaluation médicale minimale et l'examen clinique de
M./Mme _____ né(e) le ____/____/____

J'atteste de son aptitude et de la bonne indication au sport santé.

Par conséquent, je prescris une activité physique adaptée, en tenant compte des éléments suivants :

Niveau d'altération fonctionnelle du patient (locomotrice, cérébrale, sensorielle)

aucune altération fonctionnelle

ou altération fonctionnelle

☐

minime

☐

modérée

☐

sévère

Précisez :

Conformément à l'article D 1172-2 du code de la santé publique, en cas d'altération fonctionnelle sévère le patient doit réaliser un bilan fonctionnel auprès d'un kinésithérapeute, ergothérapeute ou psychomotricien. (financement à charge du patient)

Niveau du risque cardio-vasculaire

Faible

☐

Modéré

☐

élevé

☐

très élevé

☐

En cas de risque élevé, un bilan cardiologique récent devra valider l'absence de contre-indication.

En cas de risque très élevé, la prise en charge devra être réalisée initialement en service spécialisé

Niveau habituel d'activité physique (questionnaire de Marshall)

Fréquence d'AP intense 20min et plus

Fréquence d'AP modéré 30min et plus

Score total : _____

☐ > 3 fois / semaine (4)

☐ 5 fois / semaine (4)

0 - 3 : "insuffisamment" actif

☐ 1 à 2 fois / semaine (2)

☐ 3 à 4 fois / semaine (2)

4+ : "suffisamment" actif

☐ Jamais (0)

☐ 1 à 2 fois / semaine (1)

☐ Jamais (0)

Niveau habituel de sédentarité

Temps passé assis ou allongé
(hors sommeil physiologique)

☐ > 5 heures / jour (sédentaire)

☐ < 5 heures / jour (non-sédentaire)

Si vous envisagez d'emblée une intensité élevée, il sera préférable d'orienter votre patient vers une pratique sportive en association, ou auprès d'un professionnel du sport non APA

Intensité de l'activité physique envisagée

☐ Légère

☐ modérée

☐ élevée

Recommandation médicale / Non contre-indication

Lieu, date et signature

Espace réservé à la coordination médicale (ne pas remplir)

Validation :

Oui ☐
Non ☐

Commentaires :