

# FORMULAIRE DE PRESCRIPTION D'UNE ACTIVITE PHYSIQUE ADAPTEE

Selon Arrêté du 28 décembre 2023



Je soussigné(e), Docteur en Médecine.....

Médecin traitant  Autre : .....

Certifie avoir examiné ce jour :

Madame, Monsieur : NOM : ..... Prénom : .....

Et prescrit une activité physique adaptée pour une durée totale de ..... (la durée de prescription est de 3 à 6 mois renouvelable), à adapter en fonction de l'évolution des aptitudes du patient.

Préconisations d'activité, selon les référentiels d'aide à la prescription d'activité physique (type d'activité à libeller sous la forme et la fonction de l'état de santé du patient d'exercices d'endurance, de renforcement musculaire, travail d'équilibre, souplesse, coordination, fréquence, intensité)

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

Restrictions et/ou limitations fonctionnelles à prendre en compte

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

Cette prescription ouvre droit au patient à la réalisation d'un bilan d'évaluation de sa condition physique et de ses capacités fonctionnelles ainsi qu'à un bilan motivationnel par une personne qualifiée, à l'entrée puis à la fin du programme d'activité physique adaptée, en référence à l'article D. 1172-2 du code de la santé publique.

Le patient présente-t-il une indication qui nécessite le renouvellement et l'adaptation de la prescription par un médecin? :

OUI  / NON  si oui mentionner laquelle: .....

Valable pour une durée d'un an à compter de ce jour

Fait à ....., le .....

Signature et tampon du médecin :

Afin de vous adresser le bilan de l'accompagnement de votre patient via une messagerie sécurisée, merci d'indiquer en majuscule votre adresse mail sécurisée :

..... @ .....

Ces éléments doivent être versés au dossier médical partagé, avec l'accord du patient.

**Partie destinée au masseur-kinésithérapeute :** A compléter par le masseur-kinésithérapeute en cas de renouvellement ou adaptation de la prescription médicale initiale ci-dessus (renouvellement ou adaptation limité à 1 fois), dont le médecin doit être informé

Renouvellement de prescription initiale, pour une durée de .....

Adaptation de prescription initiale: .....

Pour une durée de: ..... (3 à 6 mois maximum)

Signature et Tampon du masseur-kinésithérapeute :