

Certificat d'absence de contre-indication et prescription d'Activités Physiques Adaptées

Je soussigné(e) _____ Docteur en Médecine, certifie avoir examiné
Mme/M. (lettres capitales) _____
Né(e) le _____ et n'avoir constaté, à ce jour, aucune contre-indication apparente à la
pratique de l'activité physique adaptée¹ dans les conditions ci-dessous.

Je prescris à Mme/M _____

Une activité physique adaptée¹ supervisée, pendant _____ à une fréquence hebdomadaire et à une intensité à adapter en fonction de l'évolution des aptitudes du patient, qui l'amènent progressivement vers celle recommandée en thérapeutique non médicamenteuse

Avis cardiologique sollicité : oui non

L'activité prescrite privilégiera le développement des capacités suivantes :

Cardio vasculaires Musculaires Souplesse Coordination/ équilibre

Cette pratique devra être supervisée par un intervenant qualifié ayant les compétences requises, conformément à l'instruction ministérielle, pour encadrer des patients présentant le niveau de limitation fonctionnelle suivant :

Aucun Minime Modéré Sévère

Préconisations particulières et complément d'information à l'attention de l'intervenant, permettant d'adapter et de sécuriser la pratique (exemples : type d'efforts à éviter, charge, limitations articulaires, risque de chute élevé, ne pas dépasser une intensité modérée, traitements à prendre en compte...)

Le patient présente-t-il une indication qui nécessite le renouvellement et l'adaptation de la prescription par un médecin ? Non Oui (si oui laquelle :)

Remis au patient, le :

Signature et cachet du médecin :

Renouvellement/Adaptation de prescription d'activité physique adaptée initiale

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.

Nom et prénom du patient : _____

Date : ____ / ____ / ____

.....

Renouvellement de la prescription initiale :

Je renouvelle la prescription d'activité physique adaptée ci-dessus pour une durée de _____ mois (3 à 6 mois maximum).

OU

Adaptation de la prescription initiale

Je prescris les adaptations suivantes (préciser le type d'activité à libeller sous la forme et en fonction de l'état du patient d'exercices d'endurance, de renforcement musculaire, travail de l'équilibre, de la souplesse, la coordination à réaliser, la fréquence, l'intensité) :

Pour une durée de mois (3 à 6 mois).

.....

Préconisations particulières et complément d'information à l'attention de l'intervenant, permettant d'adapter et de sécuriser la pratique (exemples : type d'efforts à éviter, charge, limitations articulaires, risque de chute élevé, ne pas dépasser une intensité modérée, traitements à prendre en compte...)

.....

Signature et cachet du masseur-kinésithérapeute :