



***PRESCRIPTION DU MEDECIN TRAITANT OU DU MEDECIN SPECIALISTE**
 pour les personnes atteintes d'une ALD, d'une maladie chronique, présentant
 des facteurs de risques et des personnes en perte d'autonomie.**

Je, soussigné, Dr

prescrit une activité physique et/ou sportive adaptée à :

Nom : Prénom : Né(e) le :

pendant : 12 mois (Programme MSS ou programme ETP - Santé EsCALE 41)

Autre :

à adapter en fonction de l'évolution des aptitudes.

Le patient doit être pris en charge en urgence au sein de la structure.

Justifier:.....

Les objectifs recherchés (cochez la ou les cases) :

Physiologiques	Psychosociaux
<input type="checkbox"/> Renforcement musculaire	<input type="checkbox"/> Gestion du stress
<input type="checkbox"/> Equilibre et proprioception	<input type="checkbox"/> Travail cognitif
<input type="checkbox"/> Souplesse et mobilité articulaire	<input type="checkbox"/> Estime de soi
<input type="checkbox"/> Capacité cardio-respiratoire	<input type="checkbox"/> Bien-être
<input type="checkbox"/> Perte de poids	<input type="checkbox"/> Création de liens sociaux
<input type="checkbox"/> Autres :	<input type="checkbox"/> Favoriser la réinsertion socioprofessionnelle
	<input type="checkbox"/> Autres :

Le/...../20.....

à

Signature du médecin prescripteur

Cachet du médecin

*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 affection de longue durée

**Loi n° 2022-296 du 2 mars 2022 visant à démocratiser le sport en France

DEMANDE DE BILAN MEDICO-SPORTIF INITIAL

et fiche de renseignements complémentaires soumis au secret professionnel

A compléter au moment de la visite de prescription par le médecin afin d'adapter au mieux la pratique d'activité physique et faciliter la réalisation du bilan initial qui vous sera adressé.

Données anthropométriques :

Poids : Taille :

IMC : Périmètre abdominal:

Indications sur les pathologies (et complications éventuelles) pour lesquelles l'activité est prescrite :

.....

Antécédents médicaux significatifs :

.....

Antécédents chirurgicaux significatifs :

.....

Traitements médicamenteux :

oui non

Si oui quels sont les effets secondaires à prendre en compte ?

.....

Limitations fonctionnelles :

Troubles ostéo-articulaires :

Troubles sensoriels :

Limitations cardiaques :

Troubles neurologiques :

Troubles de l'équilibre :

Problèmes respiratoires :

Autres :