Formulaire spécifique de prescription à la disposition des médecins traitants

TAMPON DU MÉDECIN	

DATE : ..... **Nom du patient :** .....

Je prescris une activité physique et/ou sportive adaptée
Pendant ....., **à adapter en fonction de l'évolution des aptitudes du patient.**
Préconisation d'activité et recommandations ou mouvements à proscrire :

.....

Altération fonctionnelle du patient : ○ Aucune ○ Légère ○ Modérée

Sollicitation Cardio-Vasculaire : ○ Légère ○ Modérée

Sollicitation Articulaire : ○ Légère ○ Modérée

Type d'intervenant(s) appelé(s) à dispenser l'activité physique (en référence à l'Article D. 1172-2 du Code de la santé publique[1]), le cas échéant, dans le cadre d'une équipe pluridisciplinaire[2] :

Document remis au patient ☐

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

LIEU DATE SIGNATURE CACHET PROFESSIONNEL

[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 oeuvre 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)

ASPTT COMITÉ RÉGIONAL NORMANDIE
FÉDÉRATION OMNISPORTS
cultivons vos envies