

Formulaire de prescription d'Activité Physique pour les patients en ALD

Nom Prénom du patient :

Date :

Date de naissance :

ALD :

Bénéficiaire CSS : oui non

Je prescris une activité physique adaptée en fonction de l'évolution des aptitudes du patient pendant un an.

Activités souhaitées par le patient (ex : ateliers passerelles, marche nordique, gym douce, séances APA MRSS...) :

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

Préconisations et points de vigilances :

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

Type d'intervenant(s) appelé(s) à dispenser l'activité physique (en référence à l'Article D. 1172-2 du Code de la santé publique¹), le cas échéant, dans le cadre d'une équipe pluridisciplinaire²:

Enseignant en Activité Physique Adaptée dans le cadre du programme Bouger sur Prescription

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

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 le 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 œuvre 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)

Certificat médical de non contre indication à la pratique d'activité physique

Je soussigné(e), Docteur.....

Certifie avoir examiné ce jour:

Date de l'examen :

Nom Prénom :

Date de naissance :

Sexe : M F

Et n'avoir constaté aucune contre indication à la pratique d'Activité Physique Adaptée ou de Sport Santé

Eventuelles observations à destination de l'Enseignant en APA ou de l'Educateur Sportif :

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

Fait à la demande de l'intéressé

Signature et cachet du médecin :