

FORMULAIRE DE PRESCRIPTION MEDICALE D'ACTIVITE PHYSIQUE

Je soussigné, Dr
prescrit à mon patient une activité physique et/ou sportive à adapter en fonction de l'évolution des aptitudes du patient.

Nom et prénom du patient :
Date de naissance :

Dans le cadre du dispositif Prescri'mouv :

Merci de cocher le(s) critère(s) d'inclusion :

Affections de Longue Durée (ALD) :

- Diabète type 1
- Diabète type 2
- Cancer sein
- Cancer colorectal
- Cancer prostate
- Artérite des membres inférieurs
- Maladie coronaire stabilisée
- Broncho-pneumopathie chronique obstructive

Obésité :

- IMC entre 30 et 40

Dans le cadre du programme ETP :

Merci de cocher le(s) critère(s) d'inclusion :

- IMC > 40
- AVC
- 4 facteurs de risques cardiovasculaires
- Diabète gestationnel
- Obésité abdominale (*périmètre abdominal* > 102 cm chez l'♂ et 88 cm chez la ♀)

Préconisation(s) d'activité(s) et recommandations :

.....
.....

Contre-indications et limitations :

.....
.....

Fait à

Tampon et signature du médecin

Le