

FORMULAIRE DE PRESCRIPTION MEDICALE D'ACTIVITE PHYSIQUE

Je soussigné, Dr
prescrit à mon patient -présentant des limitations fonctionnelles légères ou modérées- 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 :

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

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

.....

Contreindications et limitations :

.....

Fait à

Tampon et signature du médecin

Le

**Document à remettre au patient pour prendre RDV avec l'Enseignante en Activité
Physique Adaptée Prescri'Mouv au 03 52 62 64 37**

La Consultation pour bilan et orientation est gratuite.

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.

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.

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