

Fiche de Prescription d'Activité Physique Adaptée (APA)

Coordonnées du patient

Nom, prénom : _____ Date de naissance _____

Adresse : _____ Téléphone : _____

Email : _____

Informations médicales (à remplir par le médecin)

Pathologie(s) principale(s) :

- ☐ Diabète
- ☐ Obésité
- ☐ Maladies cardiovasculaires
- ☐ Cancer (précisez : _____)
- ☐ Pathologies respiratoires (ex. BPCO)
- ☐ Pathologies neurologiques (ex. AVC, Parkinson)
- ☐ Pathologies rhumatologiques (ex. arthrose, lombalgies)
- ☐ Handicap moteur ou mental
- ☐ Autres : _____

Objectifs de l'APA :

- ☐ Amélioration de la condition physique générale
- ☐ Réduction des douleurs chroniques
- ☐ Prévention des chutes
- ☐ Renforcement musculaire
- ☐ Amélioration de l'équilibre / Coordination
- ☐ Ré entraînement à l'effort
- ☐ Amélioration de la souplesse
- ☐ Gestion du stress et bien-être mental
- ☐ Autres : _____

Contre-indications ou restrictions :

☐ Aucune

☐ Précisez : _____

Prescription d'APA

Fréquence recommandée :

☐ 1 séance/semaine

☐ 2 séances/semaine

☐ Autres : _____

Durée de la prescription :

☐ 1 mois

☐ 3 mois

☐ 6 mois

☐ Autres : _____

Lieu de pratique :

☐ À domicile

☐ En structure spécialisée

☐ Autres : _____

Coordonnées du prescripteur (médecin ou professionnel de santé)

Nom : _____ Spécialité : _____

Adresse : _____ Téléphone : _____

Date : _____

Cachet et signature :

