

Sport sur ORDONNANCE

■ LE PATIENT

Nom :

Prénom :

Adresse :

.....

.....

.....

Date de naissance :

N° de téléphone :

N° de téléphone d'urgence :

■ LE MÉDECIN

Nom :

Courriel :

.....

Cachet du médecin

Je prescris une activité physique adaptée.

Je certifie avoir examiné le patient ce jour et n'avoir décelé aucun signe clinique apparent impliquant une contre-indication pour la pratique d'une activité physique adaptée.

LIMITATION FONCTIONNELLE :

Absence de limitation

Minime :

Modérée :

PRIORITÉ(S) DANS LES EXERCICES À TRAVAILLER :

Force

Equilibre/coordination

Assouplissement/étirement

Endurance

QUEL(S) OBJECTIF(S) FIXEZ-VOUS POUR VOTRE PATIENT ?

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Contrôler la tension artérielle | <input type="checkbox"/> Rompre avec l'isolement |
| <input type="checkbox"/> Augmenter le périmètre de marche | <input type="checkbox"/> Diminuer l'anxiété |
| <input type="checkbox"/> Améliorer l'endurance musculaire | <input type="checkbox"/> Améliorer le sommeil |
| <input type="checkbox"/> Renforcement musculairement | <input type="checkbox"/> Diminuer les douleurs |
| <input type="checkbox"/> Stabiliser le poids | <input type="checkbox"/> Augmenter l'amplitude articulaire |
| <input type="checkbox"/> Contrôler le diabète | <input type="checkbox"/> Améliorer la souplesse |
| <input type="checkbox"/> Améliorer le bien-être | <input type="checkbox"/> Améliorer l'équilibre |
| <input type="checkbox"/> Améliorer l'autonomie | |

AUTRES OBJECTIFS :

.....

.....

PRÉCAUTIONS :

.....

.....

.....

.....

Mettre sous pli les informations complémentaires utiles à la mise en place d'une activité physique adaptée.

- Document remis au patient

Date et signature



Ville de Ouistreham Riva-Bella
Service des Sports
02 31 97 73 27
contactsports@ville-ouistreham.fr

.....