FICHE DE PRESCRIPTION

• **Nom et prénom du patient** ----------

• **Je prescris une activité physique et/ou sportive adaptée**
pendant **.....,** à adapter en fonction de l'évolution des aptitudes du patient.

• **Préconisations d'activité physique adaptée et recommandations**

• **Précautions particulières sur**
☐ appareil locomoteur ----------
☐ cardio-vasculaire----------
☐ cutané et infectieux ----------
☐ chute et risque de fracture ----------
☐ autres ----------

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

• **Document remis au patient :** oui ☐ non ☐

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

• **Lieu** ----------

• **Date :** ----------

Signature et cachet du praticien

*** 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.**
**** Concerne les titulaires d'un titre à finalité professionnelle, d'un certificat de qualification professionnelle ou d'un diplôme fédéral, inscrit par 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.**