

COMPTE RENDU PÉRIODIQUE D'ACTIVITÉ PHYSIQUE ADAPTÉE À DESTINATION DU MÉDECIN TRAITANT

REPLI PAR L'INTERVENANT EN ACTIVITE PHYSIQUE

Le :

Accord du pratiquant pour transmission du document au médecin prescripteur

Date du dernier Compte rendu : _____

M. / Mme (Prénom, Nom du patient) _____

1) A pratiqué une activité physique adaptée, que j'ai supervisée pendant :

Nom du programme/ de l'activité : _____

2) Évolution de ses capacités physiques travaillées pendant les séances :

Capacités cardio-vasculaires : + = -

Force musculaire + = -

Souplesse + = -

Coordination + = -

Équilibre + = -

3) Niveau de réalisation du ou des objectifs fixés en amont (le cas échéant) :

< 25 % 25 à 50 % 50 à 75 % >75 %

4) Niveau d'assiduité aux séances par semaine proposées :

< 25 % 25 à 50 % 50 à 75 % >75 %

Événement à rapporter pendant la période pouvant avoir impacté

l'assiduité (Exemples non exhaustifs : Dégradation de l'état de santé, hospitalisation, baisse de moral...)

Propositions concernant la poursuite de l'activité physique :

Risques identifiés :

Autres remarques :

Signature et coordonnées de l'intervenant