

Certificat d'absence de contre-indication et de prescription d'activité physique adaptée

A l'intention de l'intervenant en activité physique

A remplir par le Médecin 1/2



Remis en main propre au patient le / /

Signature et cachet du médecin :

1) Je soussigné(e) docteur en médecine,
certifie avoir examiné Mme/M (lettre capitales) ,
né(e) le

et n'avoir constaté, à ce jour, aucune contre-indication apparente à la pratique de l'activité physique adaptée¹ dans les conditions ci-dessous.

2) Je prescris à Mme/M une **activité physique adaptée**¹ supervisée pendant 3 mois ou 6 mois (renouvelables), à une fréquence hebdomadaire et à une intensité à adapter en fonction de l'évolution des aptitudes du patient, qui l'amènent progressivement vers celles recommandées, en privilégiant le développement des capacités suivantes :

Cardio-vasculaires Musculaires Souplesse Equilibre Coordination

Cette pratique devra être supervisée par un **intervenant qualifié** ayant les compétences requises conformément à l'instruction ministérielle, pour encadrer des patients présentant la limitation fonctionnelle suivante :

Aucune Minimale Modérée Sévère

Dénomination de la pratique sportive (si nécessaire):

3) **Préconisations particulières et compléments d'information à l'intention de l'intervenant, permettant d'adapter et de sécuriser la pratique :**

Exemples non exhaustifs : activités avec le poids du corps ou charges légères, pas de sport à risque de chute et/ou de collision, éviter les efforts en ambiance froide, éviter les efforts statiques intenses, ne pas dépasser une intensité modérée, traitement à prendre en compte etc...

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

¹ 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.

Le degré de limitation fonctionnelle ne correspond pas à la sévérité de la pathologie mais aux limitations locomotrices, cérébrales, sensorielles et de douleur du patient.

Chaque fonction doit être individuellement évaluée. La limitation fonctionnelle résultante de votre patient correspond théoriquement à la limitation la plus sévère qui aura été cochée (cf: modèle en ligne sur le site paca.sport.sante.fr).

Fonctions locomotrices (neuromusculaire, ostéoarticulaire, endurance à l'effort, marche, force) :

Aucune Minimale Modérée Sévère

Fonctions cérébrales (cognitif, langage, anxiété/dépression) :

Aucune Minimale Modérée Sévère

Fonctions sensorielles (visuelle, sensitive, auditive, proprioceptives) et douleur :

Aucune Minimale Modérée Sévère

Détail des indicateurs de la limitation fonctionnelle sévère :

- **Fonctions locomotrices** : altération de la motricité et du tonus et/ou altération d'amplitude sur plusieurs articulations affectant la gestuelle et l'activité au quotidien, fatigue invalidante dès le moindre mouvement, ne peut vaincre la résistance pour plusieurs groupes musculaires, distance parcourue en marche en 6 minutes inférieure à 150 mètres.
- **Fonctions cérébrales et cognitives** : mauvaise stratégie cognitive pour un mauvais résultat, échec, fonction langagière empêchant toute compréhension ou expression, manifestations sévères d'anxiété et/ou de dépression.
- **Fonctions sensorielles** : vision ne permettant pas la lecture ni l'écriture, circulation seul impossible dans un environnement non familier, stimulations sensibles non perçues, non localisées, surdité profonde, déséquilibre sans rééquilibrage, chutes fréquentes lors des activités au quotidien, douleurs constantes avec ou sans activité.

Pour tout complément d'informations concernant les limitations fonctionnelles et les intervenants habilités, se référer aux annexes 2 et 3 de l'instruction interministérielle n°DGS/EA3/DGESIP/DS/SG/2017/81 du 3 mars 2017. La dispensation de l'activité physique adaptée ne peut donner lieu à ce jour à une prise en charge financière par l'assurance maladie.



Si vous souhaitez avoir un accès direct au bilan de votre patient ainsi qu'au programme suivi suite à cette prescription, il vous suffit de renseigner votre adresse mail :

Nous utilisons le logiciel métier GOOVE pour traiter les données de façon sécurisées, les prescripteurs peuvent accéder à certaines informations et échanger avec nos équipes si besoin.

Ce formulaire a été réalisé par l'Agence Régionale de Santé PACA, la Direction Régionale et Départementale Jeunesse et Sport PACA, Azur Sport Santé et Provence en Forme.