CERTIFICAT D'ABSENCE

DE CONTRE-INDICATION ET DE PRESCRIPTION D'ACTIVITÉ PHYSIQUE ADAPTÉE [1]

MAISON SPORT SANTÉ Pays Basque Adour
contact@msspba.fr
06 17 06 67 56

MAIL DU PRESCRIPTEUR : .....
(pour transmission des bilans de suivi)

Je soussigné(e) ..... Docteur en Médecine, certifie avoir examiné Mme/M.....né(e) le.....
et n'avoir constaté, à ce jour, aucune contre-indication apparente à la pratique de l'activité physique adaptée dans les conditions ci-dessous.

PRIVILEGIER CE(S) TYPE(S) D'ACTIVITÉ(S) :

☐ Endurance Cardio-respiratoire ☐ Renforcement musculaire
☐ Souplesse ☐ Equilibre ☐ Autre(s) : .....
Intensité recommandée : ☐ Légère ☐ Modérée ☐ Elevée

RESTRICTION D'ACTIVITÉ

ARTICULATIONS À NE PAS SOLLICITER (préciser la latéralité si besoin) :

☐ Rachis ☐ Genou ☐ Epaule ☐ Poignet ☐ Cheville ☐ Hanche

ACTIONS À NE PAS RÉALISER :

☐ Courir ☐ Sauter ☐ Marcher ☐ Porter ☐ Pousser ☐ Tirer
☐ S'allonger sur le sol ☐ Se relever du sol ☐ Mettre la tête en avant ☐ Mettre la tête en arrière

ARRÊT EN CAS DE : ☐ Fatigue ☐ Douleur ☐ Essoufflement ☐ Vertige ☐ Autre : .....

INFORMATIONS COMPLÉMENTAIRES POUR SÉCURISER LA PRATIQUE :

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

REMIS EN MAINS PROPRES AU PATIENT, LE ...../...../.....

Signature + cachet du médecin

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

[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.

ars Agence Régionale de Santé Nouvelle-Aquitaine
MINISTÈRE DES SPORTS, DE LA JEUNESSE ET DE LA VIE ASSOCIATIVE
CENTRE HOSPITALIER de la Côte Basque
L'Assurance Maladie BAYONNE
pep's prescription

MAISON SPORT SANTÉ Pays Basque Adour
contact@msspba.fr
06 17 06 67 56

RAPPELS

Contre-indications absolues à la pratique d'activité physique (source : HAS 2019) :

- Angor instable
- Insuffisance cardiaque décompensée
- Troubles rythmiques ventriculaires complexes
- HTA sévère non contrôlée ; HTA pulmonaire (> 60 mm Hg)
- Présence de thrombus intra-cavitaire volumineux ou pédiculé
- Epanchement péricardique aigu
- Myocardiopathie obstructive sévère
- Rétrécissement aortique serré et/ou symptomatique
- Thrombophlébite récente avec ou sans embolie pulmonaire
- Diabète avec mal perforant plantaire pour les AP sollicitant les membres inférieurs

Contre-indications temporaires (source : HAS 2019) :

- Toutes affections inflammatoires et/ou infectieuses évolutives
- Episode récent d'exacerbation respiratoire (moins de 3 semaines)
- Pathologies respiratoires non contrôlées
- Diabète non contrôlé avec acétonurie/acétonémie

Il est important de se rappeler que le changement de comportement ne se prescrit pas. Votre rôle est d'accompagner progressivement le patient vers un changement de mode de vie plus actif et moins sédentaire.

La prescription est établie sur une période minimale de 3 mois, mais il convient de rappeler au patient que la pratique doit continuer au-delà de cette période.

Le patient est accompagné et suivi pendant un an par l'équipe de la Maison Sport Santé Pays Basque Adour.
En pratique, il est nécessaire de formuler votre message sur l'activité physique de manière positive, en insistant sur les gains pour la santé, la qualité de vie et les années de vie sans incapacité.

Vous pouvez indiquer vos préconisations concernant le type d'activité physique à pratiquer par le patient en fonction de son état de santé (cases à cocher).

Ces préconisations seront ensuite affinées grâce au bilan de condition physique avec l'Enseignant APA.
Lors du suivi, il est important de valoriser les résultats obtenus par l'impact sur la vie quotidienne du patient, sa condition physique et son état de santé.

ars Agence Régionale de Santé Nouvelle-Aquitaine
MINISTÈRE DES SPORTS, DE LA JEUNESSE ET DE LA VIE ASSOCIATIVE
CENTRE HOSPITALIER de la Côte Basque
L'Assurance Maladie BAYONNE
peps