

Prescription Médicale

Activité Sportive Régulière /
Modèle Maison Sport Santé CDOS 17

PRESCRIPTEUR:

Nom/Prénom:

Adresse

Téléphone /mail

BENEFICIAIRE:

Nom/Prénom:

Adresse

Date de Naissance

Téléphone /mail

1

OBJECTIFS

1. Renfort musculaire
2. Equilibre/ proprioception
3. Souplesse / mobilité articulaire
4. Capacité cardio-respiratoire
5. Lutte anti -stress
6. Renfort du lien social
7. Coordination
8. Perte de poids
9. Arrêt du tabac
10. Autres:.....

2

INTENSITE

Faible	0
	1
	2
	3
Moyenne	4
	5
	6
	7
Élevée	8
	9
	10

3

FRÉQUENCE

1. Tous les jours
2. Nb de jours /semaine
3. Autre

DURÉE

1. Un mois
2. Trois mois
3. Six mois
4. Autre

4

PROGRAMMES ENCADRÉS

AUTONOMIE

Pas de limitation fonctionnelle. Pratique classique.

"DÉCLIC"

Limitation fonctionnelle nulle ou minime , sans ou avec **faible** facteur de risque.

"ÉLAN"

Limitation fonctionnelle **et** facteur de risque.

"PASSERELLES"

Remise en condition physique / Motivation.

ACTIVITÉS suggérées

.....

5

RESTRICTIONS

Limitations dans les pratiques sportives:

1. Ne pas courir
2. Ne pas sauter
3. Ne pas soulever de charges excédentaires
4. Ne pas s'allonger à plat
5. Se relever prudemment
6. Ne pas forcer une amplitude articulaire ...
7. Autres:

6

RECOMMANDATIONS

1. Fréquence Cardiaque Maximale:
2. Symptomatologie Particulière:
3. Conditions De Pratique (Climat, Pollens..)
4. Bilan Nutritionnel Adapté Souhaitable
5. Autres:

7

VIGILANCE

- Perte de conscience,
- Sueurs,
- Paleur,
- Douleurs,
- Essoufflement , toux...
- Hématome, saignement
- Autres :