

ACTIVITÉ PHYSIQUE, MODE DE VIE ACTIF...
REJOIGNEZ LE MOUVEMENT !

ORIENTATION VERS UNE ACTIVITÉ PHYSIQUE ADAPTÉE BÉNÉFIQUE POUR LA SANTÉ



Je soussigné(e) _____

Déclare avoir examiné ce jour _____

Né(e) le _____

Et avoir constaté un intérêt thérapeutique de la pratique d'une activité physique régulière, adaptée, sécurisante et progressive.

ORIENTATIONS PRÉCONISÉES

- | | | |
|--|---|---------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Endurance ¹ | <input type="checkbox"/> Déplacements dans l'axe du corps (ex. : la marche) | <input type="checkbox"/> Elevée |
| <input type="checkbox"/> Renforcement musculaire | <input type="checkbox"/> Corps en décharge (ex. : natation, vélo) | |
| <input type="checkbox"/> Se relever, équilibre | Intensité ² : <input type="checkbox"/> Légère <input type="checkbox"/> Modérée (recommandations OMS) | |
| <input type="checkbox"/> Souplesse | Autre orientation : _____ | |
| <input type="checkbox"/> Coordination des mouvements | | |

VIGILANCES PRÉCONISÉES

Cochez les actions qui seront à effectuer avec vigilance (précisez en texte libre si action(s) à éviter)

- | | | |
|----------------------------------|--|---|
| <input type="checkbox"/> Marcher | <input type="checkbox"/> Port de charge | <input type="checkbox"/> Intensité élevée |
| <input type="checkbox"/> Courir | <input type="checkbox"/> S'allonger au sol | <input type="checkbox"/> Milieu aquatique |
| <input type="checkbox"/> Sauter | <input type="checkbox"/> Se relever du sol | <input type="checkbox"/> Autre _____ |
| <input type="checkbox"/> Lancer | <input type="checkbox"/> Maintenir son équilibre | |

Etre vigilant lors de la sollicitation des articulations/zones suivantes



Si plusieurs limitations fonctionnelles sévères:

Accompagnement initial par un professionnel de santé (kinésithérapeute, ergothérapeute ou psychomotricien)

J'oriente directement le patient vers une activité physique adaptée à sa santé.

Nom de la structure : _____

OU

Je confie le bilan éducatif personnalisé et l'orientation. J'imprime donc ce formulaire, complété et je le remets au patient en main propre.

J'indique au patient d'appeler :

- La Maison Sport-Santé locale : _____ , Téléphone : _____
(voir au verso)
- La plateforme régionale ON Y VA : 02 40 09 75 36

RECOMMANDATIONS, AUTRES PRÉCISIONS

(Adaptations thérapeutiques, signes cliniques devant amener à consulter de nouveau...)

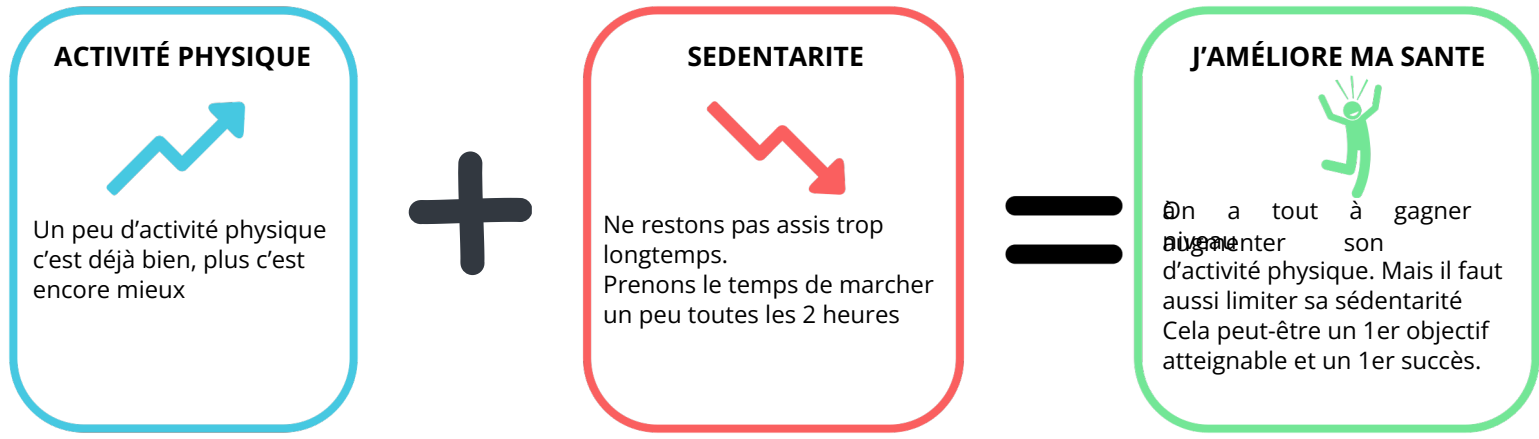
J'informe le patient que je suis disposé à suivre l'évolution de sa pratique d'activité physique.

J'informe le patient que les séances d'activité physique ne sont pas remboursées par l'assurance maladie.

Fait à _____

le _____

Signature du médecin :



Maisons Sport-Santé, en Vendée (85)

<u>Maison Sport Santé</u> <u>CDOS de Vendée,</u>	La Roche sur Yon et ses antennes	<u>06 20 36 62 78</u>
<u>Kinéo</u>	Challans	<u>02 51 93 23 15</u>
Ville des Herbiers	Les Herbiers	<u>06 84 02 36 31</u>



LEXIQUE

(1) Endurance : aptitude à maintenir un effort dans le temps (adaptations respiratoire, cardiovasculaire et musculaire)

(2) L'intensité peut être évaluée par la pénibilité perçue de l'activité physique sur une échelle visuelle analogique.

0 = absence d'effort et 10 = effort maximal

Intensité légère : entre 2 et 4 sur 10

Intensité modérée : entre 5 et 6 sur 10, conversation possible (cible des recommandations de l'OMS)

Intensité élevée : supérieur à 6 sur 10

(3) Limitations fonctionnelles sévères : exemples : marche <150m, anxiété majeure, fatigue ou dyspnée invalidante dès le moindre mouvement, chutes fréquentes lors des activités au quotidien.... cf. code de la santé publique.