

FORMULAIRE DE PRESCRIPTION D'ACTIVITÉ PHYSIQUE ADAPTÉE

Partie destinée au médecin :

L'article D. 1172-2 du code de la santé publique dispose que le médecin établit la prescription médicale initiale d'activité physique adaptée (APA) sur un formulaire spécifique dont le présent modèle est défini par arrêté du ministère chargé de la santé.

(Arrêté du 28 décembre 2023 fixant le modèle de formulaire de prescription d'une activité physique adaptée).

Date :/...../..... **Nom et prénom du patient :**

Je prescris une activité physique adaptée, **pour une durée de :**

(La durée de prescription est de 3 à 6 mois renouvelable ^[1], à adapter en fonction de l'évolution des aptitudes du patient).

Préconisations d'activité, selon les référentiels d'aide à la prescription d'activité physique lorsqu'ils existent ^[2] :

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

(Type d'activité à libeller sous la forme et en fonction de l'état de santé du patient d'exercices d'endurance, de renforcement musculaire, travail de l'équilibre, de la souplesse, la coordination à réaliser, fréquence, intensité).

Restrictions et/ou limitations fonctionnelles à prendre en compte :

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

Cette prescription ouvre droit* au patient à la réalisation d'un bilan d'évaluation de sa condition physique et de ses capacités fonctionnelles ainsi qu'à un bilan motivationnel par une personne qualifiée (masseur-kinésithérapeute, ergothérapeute, psychomotricien, intervenant en activité physique adaptée formé à la réalisation de ces évaluations), à l'entrée puis à la fin du programme d'activité physique adaptée, en référence à l'article D. 1172-2 du code de la santé publique.

Le patient présente-t-il une indication qui nécessite le renouvellement et l'adaptation de la prescription par un médecin ? ^[3] :

NON ☐ OUI ☐ si oui, mentionner laquelle :

Tampon et signature du médecin :

*droit à la réalisation par un professionnel de l'APA (et non droit au remboursement).