

Formulaire de prescription

A faire remplir par votre médecin ou
votre infirmière en pratique avancée

Je soussigné(e) :

Je prescris : Un bilan des aptitudes fonctionnelles locomotrices du patient.

Des séances **d'Activité Physique Adaptée** supervisées,

↳ pour une durée de : mois.

↳ Avec les préconisations et recommandations suivantes :

Fréquence :

Durée :

Intensité :

Type d'exercice / d'activité :

Mouvements / exercices déconseillés :

Pour le patient Madame / Monsieur :

Né(e) le :/...../..... Téléphone :

Type d'intervenant(s) appelé(s) à dispenser l'activité physique (en référence à l'Article D.1172-2 du Code de la Santé Publique), le cas échéant, dans le cadre d'une équipe pluridisciplinaire : Enseignant en Activité Physique Adaptée ; Educateurs sportifs (professionnels et/ou bénévoles) ; Pratique Autonome.

J'INVITE LE PATIENT À CONTACTER L'ÉQUIPE D'ACCOMPAGNEMENT

☎ 06 33 49 44 00

Date : / /

Cachet / Signature :

Lieu :

MA PRESCRIPTION D'ACTIVITÉ PHYSIQUE



L'ACTIVITÉ PHYSIQUE DANS LA PRISE EN CHARGE DE MA MALADIE CHRONIQUE

Avec l'accompagnement de professionnels formés, elle permet de :

- ✓ Mieux gérer les symptômes et la fatigue
- ✓ Limiter les complications liées à la maladie
- ✓ Améliorer la mobilité, la force et l'équilibre
- ✓ Renforcer la confiance en soi
- ✓ Favoriser l'autonomie et le bien-être au quotidien

Pratiquée de manière régulière et adaptée à chacun, elle contribue à retrouver du plaisir à bouger et à rester acteur de sa santé.



SÉANCES APA

ACTIVITÉ PHYSIQUE ADAPTÉE

Renforcement musculaire, équilibre, souplesse, endurance cardiovasculaire.

- 1 heure par semaine
- En groupe réduit, cadre bienveillant
- Encadrée par un Enseignant APA

+ Adapté à vos capacités et vos objectifs

10€ / mois*

2 Séances d'essai gratuites

* Engagement trimestriel

* Tarif réduit à 6€/mois (CSS / RSA / AAH)



dapap
DISPOSITIF
D'ACCOMPAGNEMENT
VERS LA PRATIQUE
D'ACTIVITÉ PHYSIQUE

LES ÉTAPES DE LA PRISE EN CHARGE

01

UN PROFESSIONNEL DE SANTÉ ME PRESCRIT UNE ACTIVITÉ PHYSIQUE POUR MA SANTÉ.

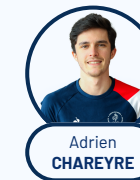
Un formulaire de prescription est au dos de ce flyer.



02

J'AI UN ENTRETIEN TELEPHONIQUE AVEC LE DAPAP 07.




Présentation du dispositif, identification de vos besoins et vos envies



03

JE FAIS LE POINT AVEC L'ANIMATEUR DES ATELIERS POUR ADAPTER LES SÉANCES A MES CAPACITES



 Condition physique
 Sédentarité
 Perception de ma santé.

 **Compte rendu** envoyé par mail ou courrier postal.

L'IMPORTANT, C'EST DE SE LANCER. NE PAS HÉSITER À CONTACTER TIANA, MARIE LINE OU JULIE POUR PLUS D'INFORMATIONS



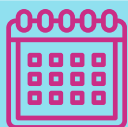
Lundi 10h à 11h



St Sauveur de Montagut
19 rue des écoles



TIANA
06 65 71 41 00



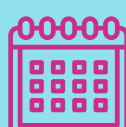
Lundi 17h30 à 18h30



St Sauveur de Montagut
19 rue des écoles



MARIE LINE
06 89 89 88 72



Lundi 10h à 11h



Le Cheylard
Hôpital Local
Rue Fernand Lafont



JULIE
04 75 29 86 19



Lundi 11h à 12h



Le Cheylard
Hôpital Local
Rue Fernand Lafont



JULIE
04 75 29 86 19

04

JE PRATIQUE UNE ACTIVITÉ PHYSIQUE

- ✓ JE PARTICIPE AUX ATELIERS APA
- ✓ PUIS EN FONCTION DE MES ENVIES, QUAND C'EST POSSIBLE POUR MOI,
- ✓ JE REJOINS UNE STRCUTRE DE SPORT SANTÉ OU LOISIRS PROCHE DE CHEZ MOI



EN SAVOIR PLUS:

