

### DEMANDE DE PRISE EN CHARGE EN MAISON SPORT SANTE

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

Demande de consultation médicale préalable

ou

Prescription d'Activité Physique Adaptée

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

*(La durée de prescription est de 3 à 6 mois renouvelable, à adapter en fonction de l'évolution des aptitudes du patient. Le programme proposé par la Maison Sport Santé du CHV dure 3 mois).*

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

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

*(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 :

.....  
.....

Orientation en fonction de la pathologie :

.....

*Les usagers de la Maison Sport Santé du CHV sont inclus dans les groupes en fonction de leur problématiques de santé : « pathologies cardio-respiratoires », « prise en charge médicale ou chirurgicale d'obésité », « suite de pathologie oncologique », « patients souffrant d'arthrose », « patients lombalgiques », « patients seniors » ou « autres »*

Tampon et signature du médecin :