

FORMULAIRE SPÉCIFIQUE DE PRESCRIPTION

1) **Je recommande à :** Mr/Mme

- De lutter contre la sédentarité en interrompant toutes les 90-120min ses positions assises ou allongées (en dehors des heures de sommeil) par 2 min d'activité physique (marche, exercices, escaliers)
- D'augmenter son activité physique quotidienne autant que possible par des activités physiques domestiques (ménage, bricolage, jardinage...) des déplacements actifs (marche, vélo, trottinette...) et des loisirs actifs (randonnées, ballades...)

2) **Qui présente une limitation fonctionnelle:** minime modérée sévère

3) **Je lui recommande une activité physique :** non supervisée supervisée

⇒ Si supervisée : SSBE (sport santé bien être) APAP (activité physique adaptée et personnalisée)

4) **Je lui prescris une activité physique et/ ou sportive adaptée à réaliser** pendant mois, à adapter en fonction de l'évolution des aptitudes du patient.

5) **Je lui recommande d'éviter les activités physiques traumatiques** comme la course a pied, les terrains durs, les sauts...

6) **Je lui recommande de favoriser les activités physiques en décharge** comme la natation, gym, vélo, pilâtes...

7) **Je lui préconise la ou les activité(s) physique(s) adaptée(s) suivante(s) :**

Nature de l'activité (ex : marche, gym douce ...) :

- Composante de la condition physique à développer : endurance renforcement musculaire assouplissement
- Fréquence des séances par semaine : 1 2 3 4 5
- Durée maximum des séances : 30 min 45 min 1h 1h30
- Intensité modérée maximale c'est à dire avec un essoufflement modéré permettant de parler (normalement ou difficilement) pendant l'effort

Document remis au patient.

Date, tampon et signature du médecin :