

CERTIFICAT MÉDICAL DE NON CONTRE INDICATION À LA PRATIQUE D'ACTIVITÉS PHYSIQUES

Pour le patient : à photocopier et à remettre lors de votre inscription dans un club/association.

Vous pouvez transmettre ce document via une messagerie sécurisée (type  MonSisra) à la MSS de proximité ou au DAPAP de votre département.

Je soussigné(e), Docteur

certifie que l'examen de, Mme. / M. :

Né(e) le :

Ne révèle pas de contre-indication à la pratique d'une activité physique.

Précautions particulières :

Fait à :

Le :

Signature et cachet du médecin :

Nous invitons le patient à prendre contact avec la MSS la plus proche de chez lui ou avec le DAPAP de son département. Plus de renseignements sur sport-sante-auvergne-rhone-alpes.fr/trouver-une-structure

Document type régional réalisé par l'association DAHLIR en concertation avec l'ARS et la DRAJES AURA.

(1) Décrets n° 2016-1990 du 30 décembre 2016 et n° 2023-234 du 30 mars 2023 relatif aux conditions de prescription et de dispensation de l'activité physique adaptée.

(2) Haute Autorité de Santé septembre 2018 - N° ISBN 978-2-11-152347-0

(3) Art. D. 1172-3. CSP

(4) Annexe 4 de l'instruction interministérielle n° DGS/EA3/DGESIP/DS/SG/2017/81 du 3 mars 2017

(5) Annexe 3. «Les mesures des intensités des activités physiques» du Guide des connaissances sur l'activité physique et la sédentarité. HAS 2022

(6) Se référer au site de la Haute Autorité de santé https://www.has-sante.fr/jcms/c_2876862/fr/consultation-et-prescription-medicale-dactivite-physique-a-des-fins-de-sante.

(7) Art. D. 1172-2-1. CSP

FICHE DE PRESCRIPTION

INFORMATIONS D'ENTRÉE DANS LE DISPOSITIF

La dispensation de l'activité physique adaptée ne peut pas donner lieu à une prise en charge financière par l'Assurance Maladie.

• Le patient entre dans le cadre de la prescription d'Activité Physique Adaptée ⁽¹⁾ et présente le niveau de risque cardiovasculaire suivant ⁽²⁾ :

Faible Modéré Élevé Très élevé

• Au vu des éléments de la consultation initiale, le patient ne présente pas de limitation fonctionnelle sévère ⁽³⁾ :

Je laisse le soin aux professionnels de l'APA d'évaluer la fonction locomotrice.

La fonction locomotrice a été évaluée. Le patient présente un profil de limitation fonctionnelle :

Aucune Minimale Modérée ⁽⁴⁾

• Je prescris une activité physique adaptée pour une durée de (3 à 6 mois renouvelable) :

Intensité ⁽⁵⁾	Fréquence	Durée du créneau d'activité
Légère : < à 3 Mets	1 fois / semaine	Moins de 45 minutes
Modérée : ≥ à 3 Mets < à 6 Mets	2 à 3 fois / semaine	De 45 minutes à 1h15
Élevée : > à 6 Mets	Plus de 3 fois / semaine	Plus de 1h15

• Niveau d'intervention préconisé ⁽⁶⁾ :

PARTIE DESTINÉE AU MASSEUR-KINÉSITHÉRAPEUTE

A compléter par le masseur-kinésithérapeute en cas de renouvellement ou adaptation de la prescription médicale initiale ci-dessus (renouvellement ou adaptation limité à 1 fois), dont le médecin doit être informé. ⁽⁷⁾

Je renouvelle la prescription d'activité physique adaptée ci-dessus pour une durée de (3 à 6 mois maximum) :

Je prescris les adaptations suivantes :

Fait à :

Le :

Signature et cachet du masseur-kinésithérapeute :