

ON Y VA!

ACTIVITÉ PHYSIQUE, MODE DE VIE ACTIF...
REJOIGNEZ LE MOUVEMENT !



ORIENTATION VERS UNE ACTIVITÉ PHYSIQUE ADAPTÉE BÉNÉFIQUE POUR LA SANTÉ

Je soussigné(e)

Déclare avoir examiné ce jour

Né(e) le

Et avoir constaté un intérêt thérapeutique de la pratique d'une activité physique régulière, adaptée, sécurisante et progressive.

ORIENTATIONS PRÉCONISÉES

Endurance ¹	Déplacements dans l'axe du corps (ex. : la marche)
Renforcement musculaire	Corps en décharge (ex. : natation, vélo)
Se relever, équilibre	Intensité ² : Légère Modérée (recommandations OMS) Elevée
Souplesse	Autre orientation :
Coordination des mouvements	

VIGILANCES PRÉCONISÉES

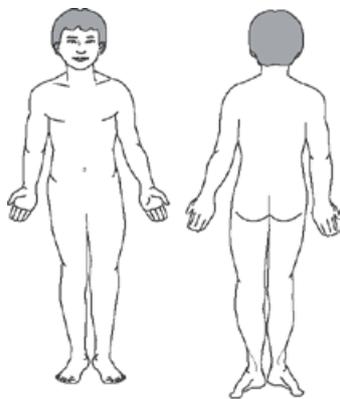
Cochez les actions qui seront à effectuer avec vigilance (précisez en texte libre si action(s) à éviter)

Marcher
Courir
Sauter
Lancer

Port de charge
S'allonger au sol
Se relever du sol
Maintenir son équilibre

Intensité élevée
Milieu aquatique
Autre

Etre vigilant lors de la sollicitation des articulations/zones suivantes



Si plusieurs limitations fonctionnelles sévères³ :

→ Accompagnement initial par un professionnel de santé (kinésithérapeute, ergothérapeute ou psychomotricien)

RECOMMANDATIONS, AUTRES PRÉCISIONS

(Adaptations thérapeutiques, signes cliniques devant amener à consulter de nouveau...)

J'oriente directement le patient vers une activité physique adaptée à sa santé.

Nom de la structure :

OU

Je confie le bilan éducatif personnalisé et l'orientation. J'imprime donc ce formulaire, complété et je le remets au patient en main propre.

J'indique au patient d'appeler :

OU

La Maison Sport-Santé locale : _____ , Téléphone : _____
(voir au verso)

La plateforme régionale ON Y VA : 02 40 09 75 36

J'informe le patient que les séances d'activité physique ne sont pas remboursées par l'assurance maladie.

J'informe le patient que je suis disposé à suivre l'évolution de sa pratique d'activité physique.

Fait à

le

Signature du médecin :