

FORMULAIRE DE PRESCRIPTION D'ACTIVITE PHYSIQUE ADAPTEE - APA

NOM et prénom patient(e) : _____

Je prescris une Activité Physique Adaptée – APA¹ pendant **16 semaines²** dans le cadre du programme « **SPORT SUR ORDONNANCE** » de la Maison sport-santé **MON STADE** supervisé par un Enseignant en APA, à adapter en fonction de la condition physique et des motivations du patient, et en tenant compte des informations suivantes :

① **Limitations fonctionnelles (locomotrices, sensorielles, cérébrales)**

Aucune Minimales Modérées Sévères

Précisions éventuelles

② **Un examen complémentaire (ECG de repos, Epreuve d'effort) a été réalisé et/ou un avis cardiologique a été sollicité afin d'évaluer le risque d'événement cardiovasculaire grave lié à l'activité physique**

Non Oui

Précisions éventuelles

③ **Recommandations sur les capacités à développer**

Cardiovasculaires Musculaires Souplesse Equilibre Coordination

④ **Préconisations particulières et compléments d'information permettant d'adapter et sécuriser la pratique**

Précisions éventuelles (exemples non exhaustifs : activités à poids du corps ou charges légères, éviter les efforts statiques intenses, à intensité modérée, traitements médicamenteux à prendre en compte, etc.)

⑤ **A l'issue du programme de 16 semaines, le renouvellement de la prescription nécessite une nouvelle consultation médicale**

Non Oui

Remis au patient, qui a été informé de la nature des informations partagées avec le professionnel Enseignant en APA et qui a donné son accord oral, le _____

Signature et cachet

Cette prescription ouvre droit au patient à la réalisation d'un bilan d'évaluation de sa condition physique et de ses capacités fonctionnelles ainsi qu'à un bilan motivationnel par une personne qualifiée Enseignant en activité physique adaptée formée à la réalisation de ces évaluations), à l'entrée puis à la fin du programme d'activité physique adaptée, en référence à l'article D. 1172-2 du code de la santé publique. La dispensation de l'Activité Physique Adaptée ne peut pas donner lieu à une prise en charge financière par l'Assurance Maladie. Certaines mutuelles prennent en charge tout ou partie du programme d'APA.

¹ En conformité avec l'Article L. 1172-1 du CSP - Version en vigueur depuis le 04 mars 2022 - Modifié par Loi n° 2022-296 du 2 mars 2022 stipulant que « Dans le cadre du parcours de soins des personnes atteintes d'une affection de longue durée ou d'une maladie chronique ou présentant des facteurs de risques et des personnes en perte d'autonomie, le médecin intervenant dans la prise en charge peut prescrire une activité physique adaptée à la pathologie, aux capacités physiques et au risque médical du patient ».

² La durée de prescription est de 3 à 6 mois renouvelable, à adapter en fonction de l'évolution des aptitudes du patient. Référence : Article D. 1172-2 du CSP. Décret n° 2023-234 du 30 mars 2023 relatif aux conditions de prescription et de dispensation de l'activité physique adaptée.