



Pour plus
d'informations, vous
pouvez contacter le :
☎ 03.52.62.64.37

Prescription médicale d'activités physiques adaptées

Je soussigné(e), Dr
prescrit à mon patient - n'ayant aucune limitation fonctionnelle, ou présentant des limitations fonctionnelles légères ou modérées - une Activité Physique Adaptée, si besoin à adapter en fonction de l'évolution des aptitudes du patient.

Nom et prénom du patient :

Préconisation(s) d'activité(s) et recommandations (réponse facultative) :
.....
.....
.....

Mon patient est atteint d'une pathologie relevant du dispositif Prescri'mouv (1) , il peut bénéficier d'une prise en charge spécifique et contacter le 03 52 62 64 37 pour bénéficier d'un Bilan Médico Sportif (BMS).

Fait à Le.....

Cachet et signature du médecin :

Ce document n'a pas valeur de certificat médical.

(1) Pathologies concernées : Diabète type 1 ou 2 / Cancers du sein, colorectal, prostate / BPCO / Artérite des membres inférieurs/ Maladie coronaire stabilisée, Obésité (30>IMC> 40)

Décret n°2016-1990 du 30 décembre 2016 (+ amendement n°3980) relatif aux conditions de dispensation de l'activité physique adaptée prescrite par le médecin prenant en charge des patients atteints d'une ALD ou d'une maladie chronique et présentant des facteurs de risque.

Instruction interministérielle n° DGS/EA3/DGESIP/DS/SG/2017/81 du 3 mars 2017 relative à la mise en œuvre des articles L.1172-1 et D.1172-1 à D.1172-5 du code de la santé publique et portant guide sur les conditions de dispensation de l'activité physique adaptée prescrite par le médecin traitant à des patients atteints d'une affection de longue durée. La dispensation de l'activité physique adaptée ne peut pas donner lieu à une prise en charge financière par l'assurance maladie.