

⑥ FICHE DE LIAISON NUTRITIONNELLE :
ORDONNANCES, AIDE A L'ORIENTATION

PRESCRIPTION MÉDICALE D'ACTIVITÉ PHYSIQUE ADAPTÉE

Patient	MÉDECIN
Nom :	Nom/prénom :
Prénom :	Spécialité :
Date de Naissance/ âge :	Structure :
	Adresse d'exercice :
	Code postal :
	Tel :
	Mail :

Date :

Prescription¹ d'un bilan de la condition physique et d'une Activité Physique Adaptée pour dénutrition post COVID.

Précisez les limitations éventuelles à l'APA.

Merci de renseigner la fiche de liaison APA à l'issue des séances (à adresser au prescripteur par mail si possible)

Signature et cachet du médecin

CERTIFICAT MÉDICAL DE NON CONTRE INDICATION A L'ACTIVITÉ PHYSIQUE ADAPTÉE

Doit être rempli par un médecin ayant examiné le patient en présentiel

Je soussigné Dr

Certifie avoir examiné ce jour le patient Mr/Mme NOM/Prénom
né le JJ/MM/AAAA

Et qu'il ne présente pas de contre-indication médicale cliniquement décelable à une activité physique adaptée à ses capacités.

Certificat établi à la demande de l'intéressé et remis en main propre pour faire valoir ce que de droit,

Signature et cachet du médecin

¹ La dispensation de l'activité physique adaptée ne peut pas donner lieu à une prise en charge financière par l'assurance maladie

⑥ FICHE DE LIAISON NUTRITIONNELLE :
ORDONNANCES, AIDE A L'ORIENTATION

FICHE DE LIAISON ENSEIGNANT EN ACTIVITE PHYSIQUE ADAPTEE (APA)

A renseigner à l'issue de la séance par l'enseignant en APA à destination du patient, son entourage et ses soignants

Patient Nom : Prénom : Date de Naissance/ âge :	Enseignant en activité physique adaptée: Nom/prénom : Adresse : Tel : Mail :
---	---

J0/ J10/J20/J30/ et plus tard : Indiquez la date JJ/MM/AA et le mode de consultation/téléconsultation :

Date	JX
Statut nutritionnel :	Poids actuel/poids avant la maladie Dénutrition modérée/sévère
Capacités motrices Difficultés rencontrées	
Actions mises en place	
Points d'alertes Amaigrissement ? Dyspnée ? Souffrance psychologique ? Dénutrition sévère ? Alerte médecin ? Nécessité diététicien ?	
Indices de récupération :	
Remarques patients/entourage	