

COMPTE RENDU PÉRIODIQUE D'ACTIVITÉ PHYSIQUE ADAPTÉE À DESTINATION DU MÉDECIN TRAITANT

REPLI PAR L'INTERVENANT EN ACTIVITE PHYSIQUE ADAPTEE

Le :

☐ Accord du patient pour transmission du document au médecin prescripteur

Date du dernier compte rendu :

Mr / Mme (Prénom, Nom du patient).....

1) A pratiqué une activité physique adaptée, que j'ai supervisée
pendant

Nom du programme/ de l'activité :

2) Evolution de ses capacités physiques travaillées pendant les séances :

☐ Capacités cardio-vasculaires : + = -

☐ Force musculaire + = -

☐ Souplesse + = -

☐ Coordination + = -

☐ Equilibre + = -

3) Niveau d'assiduité aux séances par semaine proposées :

☐ < 25 % ☐ 25 à 50 % ☐ 50 à 75 % ☐ >75 %

Événement à rapporter pendant la période (*dégradation de l'état de santé, éventuelle hospitalisation, baisse de moral ayant notamment impacté l'assiduité...*) :

Propositions concernant la poursuite de l'activité physique :

Risques identifiés :

Autres remarques :

Signature et coordonnées de l'intervenant