

Formulaire spécifique de prescription : programme Rhumatism'Alp

Partie à remplir par médecin traitant

DATE :

Nom du patient :

Je prescris : un cycle éducatif sportif, sous réserve de l'accord de la rhumatologue correspondante pour l'inclusion

Pendant : 9 semaines

Préconisation d'activité :

Selon les modalités définies pour le cycle éducatif Rhumatism'Alp, et sous réserve des recommandations de la rhumatologue correspondante

Recommandations (attention à/précautions particulières/éviter, points d'attention/surveiller) :

Consultation préalable systématique avec la rhumatologue (Dr Leydet-Quilici).

Consultation cardiologique préalable (Dr Audrey Boude ou cardiologue habituel) : oui non

Evaluation préalable systématique par l'enseignant en APA chargé des séances de pratique (ses recommandations seront annexées au présent formulaire)

Remarques et suggestions (conseils) : revenir me voir en consultation au terme du cycle.
(*Certificat d'Absence de Contre-Indication à la pratique sportive non requis*).

Type d'intervenant(s) appelé(s) à dispenser l'activité physique (en référence à l'Article D. 1172-2 du Code de la santé publique), le cas échéant, dans le cadre d'une équipe pluridisciplinaire :
Enseignant en Activité Physique Adaptée

Documents remis au patient :

- la fiche d'information relative au cycle, et le dépliant
- les 10 recommandations du club des cardiologues du sport

Les conditions financières sont précisées dans la fiche d'information relative au programme.

Fait à

Le.....

Signature et tampon du médecin traitant :

Partie à remplir par le rhumatologue

Alerte contre-indication : oui non

Orientation professionnel de santé : oui non ; si oui lequel

Accord inclusion (maladie et ses répercussions) : oui non

Recommandations complémentaires à la prescription du médecin traitant :

Remarques et suggestions (conseils) :

Fait à

Le.....

Signature et tampon du rhumatologue :

Partie à remplir par le cardiologue

Alerte contre-indication : oui non

Recommandations complémentaires à la prescription du médecin traitant :

**Retourner voir le médecin traitant avant le début du cycle : oui
non**

Fait à

Le.....

Signature et tampon du cardiologue :