

DEMANDE D'ADHESION EN VUE D'INITIER LE PLAN PERSONNALISE DE SANTE

Date : _____ **Médecin traitant :** _____

Nom : _____ **Prénom :** _____ **Tél :** _____

Date de naissance : _____

FACTEURS DE RISQUE				COMPLICATIONS			
	oui	non	ne sait pas		oui	non	NSP
Dyslipémie	☐	☐	☐	Coronaropathie	☐	☐	☐
Tabagisme actif	☐	☐	☐	Artériopathie des membres inférieurs	☐	☐	☐
Sevrage tabagique < 3 ans	☐	☐	☐	Angiopathie cervicale (> 50 %)	☐	☐	☐
Hérédité	☐	☐	☐	AVC	☐	☐	☐
HTA	☐	☐	☐	Néphropathie	☐	☐	☐
Dernière TA prise en consultation :				Insuffisance cardiaque	☐	☐	☐
Hyperglycémie à jeun (1,10 - 1,26 g)	☐	☐	☐	Autres	☐	☐	☐
Surpoids	☐	☐	☐				
Sédentarité	☐	☐	☐				
Alcool	☐	☐	☐				
HVG	☐	☐	☐				
Apnée du sommeil	☐	☐	☐				
Diabète	☐	☐	☐	Rétinopathie diabétique	☐	☐	☐
Type :				Amputation	☐	☐	☐
Début :				Neuropathie	☐	☐	☐
				Pied du diabétique, gradation : 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ NSP ☐			

Prévention primaire ☐ Prévention secondaire ☐ RCVA :ALD ☐ Oui ☐ Non

**Joindre une ordonnance du traitement en cours, résultats biologiques
de moins de 3 mois et comptes-rendus**

OBJECTIFS PRIORITAIRES :

-
-
-

DIFFICULTES ET FREINS IDENTIFIES D'ORDRE :

- Médicales
- Sociales
- Psychologiques

Cachet et signature du Médecin adresseur

Certificat Médical

de non contre-indication à la pratique d'une activité physique et/ou sportive adaptée, régulière, sécurisante et progressive

Je soussigné(e) Docteur

Certifie avoir examiné ce jour M. Mme

Né(e) le

Et n'avoir pas constaté, à la date de ce jour, de signes cliniques apparents, contre-indiquant la pratique d'activité physique et/ou sportive dans le **cadre du dispositif Prescri'mouv ou du programme ETP du RSSA.**

Précisez, si possible, les recommandations médicales à l'attention des éducateurs sportifs :

- Type de mouvements limités en :
 - ☐ Amplitude
 - ☐ Vitesse
 - ☐ Charge
 - ☐ Posture
- Type d'efforts limités sur le plan :
 - ☐ Musculaire
 - ☐ Cardio-vasculaire
 - ☐ Respiratoire
- Capacités à l'effort limités en :
 - ☐ Endurance (longue et peu intense)
 - ☐ Résistance
 - ☐ Vitesse (brève et intense)
- Capacités incompatibles avec :
 - ☐ Un travail en hauteur
 - ☐ Le milieu aquatique
 - ☐ Des conditions atmosphériques particulières (à préciser)
- Autres précautions et/ou préconisations :
.....

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

Fait à le / /

Cachet et signature du médecin :

RESEAU SANTE DE SUD ALSACE

03 89 62 19 62

rssa@sante-sudalsace.org

18 rue François Spoerry 68100 MULHOUSE

CH Saint Morand, 23 rue du 3^{ème} Zouave 68134 ALTKIRCH Cedex

Maison Médicale de Garde, 8 rue St Jacques 68800 THANN

Bâtiment ALPHA, 3^{ème} étage, 5 rue de la concorde 68300 SAINT LOUIS