

## POINT INFORMATION PRESCRI'FORME

LA CRÉATION DU DISPOSITIF « **PRESCRI'FORME : L'ACTIVITÉ PHYSIQUE SUR ORDONNANCE EN ÎLE-DE-FRANCE** » ACCOMPAGNE LES PERSONNES QUI SOUHAITENT MAINTENIR OU AMÉLIORER LEUR SANTÉ PAR LA PRATIQUE D'UNE ACTIVITÉ PHYSIQUE ADAPTÉE, SÉCURISÉE ET DÉLIVRÉE PAR DES PROFESSIONNELS FORMÉS.

LE SITE INTERNET **WWW.PRESCRIFORME.FR** EST UN MOTEUR DE RECHERCHE QUI VOUS PERMETTRA DE TROUVER LES STRUCTURES AGRÉES PAR LA PLATEFORME CAPABLE D'ACCUEILLIR DES PUBLICS AYANT DES BESOINS SPÉCIFIQUES DANS LE CADRE D'UNE APA SÉCURISÉE. RECONNUES PAR L'AGENCE RÉGIONALE DE SANTÉ ET LA DIRECTION RÉGIONALE DE LA JEUNESSE, DES SPORTS ET DE LA COHÉSION SOCIALE D'ÎLE-DE-FRANCE.



QR CODE PRESCRI'FORME

## DONNÉES PERSONNELLES

LES INFORMATIONS PERSONNELLES COLLECTÉES SUR LE SITE **PRESCRI'FORME.FR** FONT L'OBJET D'UN TRAITEMENT RÉALISÉ SOUS LA RESPONSABILITÉ CONJOINTE DE LA DIRECTION RÉGIONALE DE LA JEUNESSE, DES SPORTS ET DE LA COHÉSION SOCIALE D'ÎLE-DE-FRANCE ET DE LA SOCIÉTÉ SERENITEAM, AUX FINS SUIVANTES :

- LA GESTION DU MODULE D'AIDE À LA PRESCRIPTION D'UNE ACTIVITÉ PHYSIQUE ADAPTÉE PAR LES MÉDECINS ;
- LA DÉTERMINATION DE LEUR BILAN MÉDICAL PAR LES PATIENTS POUR ÉTABLIR LEUR « COEFFICIENT AUTONOMIE ACTIVITÉ PHYSIQUE » ;
- LA CRÉATION ET GESTION DE QUESTIONNAIRES DE SANTÉ POUR LES PATIENTS ;
- LA CRÉATION ET GESTION DU DOSSIER MÉDICAL NUMÉRIQUE DU PATIENT ;
- LA CRÉATION DE COMPTE-RENDU D'EXAMEN DU PATIENT ;
- LA DÉLIVRANCE ET LE RENOUVELLEMENT DU CERTIFICAT D'ABSENCE DE CONTRE INDICATION ;
- LA DÉLIVRANCE D'UNE PRESCRIPTION D'ACTIVITÉ PHYSIQUE ;
- LA GESTION DE LA FACTURATION DES MÉDECINS ;
- LA RÉALISATION D'ÉTUDES ANONYMISÉES À DES FINS DE RECHERCHES AYANT POUR BUT DE D'ÉVALUER L'IMPACT DE L'ACTIVITÉ PHYSIQUE SUR LA SANTÉ.

OUTRE LE DROIT DE PORTER RÉCLAMATION DEVANT L'AUTORITÉ COMPÉTENTE, VOUS DISPOSEZ D'UN DROIT D'ACCÈS, DE RECTIFICATION ET, LE CAS ÉCHEANT, D'UN DROIT À LA PORTABILITÉ ET À L'EFFACEMENT DE VOS DONNÉES, AINSI QUE D'OPPOSITION AUX TRAITEMENTS OU À LEUR LIMITATION ET, ENFIN DU DROIT DE DÉFINIR DES DIRECTIVES POST-MORTEM.

. POUR CELA, IL VOUS SUFFIT DE NOUS ÉCRIRE À L'UNE DES ADRESSES SUIVANTES :

DRAJES  
6-8 RUE EUGÈNE OUDINÉ,  
75013 PARIS  
DRJSCS-POLESPORT@JSCS.GOUV.FR

SERENITEAM SAS MON BILAN SPORT SANTÉ  
17 RUE HENRI BOCQUILLON,  
75015 PARIS  
VB@MONBILANSPORTSANTE.FR

# PARIS SPORT SANTÉ

CARNET DE SUIVI  
Maison Sport Santé  
Curial

01 40 33 26 02

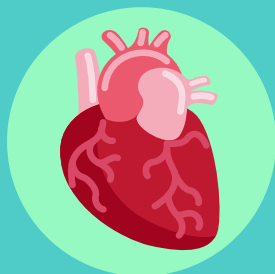
[maisonsportsante-curial@paris.fr](mailto:maisonsportsante-curial@paris.fr)

**Votre carnet de suivi est un outil de liaison entre les différents professionnels (médecins, kinésithérapeutes, éducateurs sportifs/enseignants d'activité physique adaptée...) impliqués dans votre parcours d'Activité Physique.**

# LES BIENFAITS DE L'ACTIVITÉ PHYSIQUE

PROTÈGE VOTRE SANTÉ ET PERMET D'ÊTRE EN FORME

RECOMMANDATIONS: SELON L'ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ (OMS) PRATIQUER 30 MIN D'ACTIVITÉ PHYSIQUE PAR JOUR  
 PROTÈGE VOTRE SANTÉ ET PERMET DE :



## COEUR ET POUMONS

Diminuer les maladies cardio vasculaires et l'hypertension artérielle. Améliorer les fonctions respiratoires



## METABOLISME

Diminuer le taux de sucre et de graisses dans le sang tout en augmentant le "bon" cholestérol



## CANCER

Diminuer le risque de développer certains cancers (sein, colon, poumon, utérus)



## MUSCLES ET TENDONS

Préserver les muscles et la souplesse des tendons. Améliorer la souplesse, l'équilibre et la coordination. Diminuer le risque d'ostéoporose



## PSYCHISME

Diminuer le stress, l'anxiété, la dépression. Améliorer la qualité du sommeil et de vie. Favoriser le lien social



## MALADIE

Diminuer le risque de diabète de type 2. Limiter la prise de poids



## Données du patient

Nom, Prénom: \_\_\_\_\_  
 Date de naissance \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_  
 Adresse: \_\_\_\_\_  
 Tel \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_  
 Mail : \_\_\_\_\_@\_\_\_\_\_  
 Attentes: \_\_\_\_\_

1ere visite à la Maison Sport Santé:  
 Date: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_  
 Evaluation initiale par: \_\_\_\_\_  
 Téléphone \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_  
 Mail \_\_\_\_\_@\_\_\_\_\_

Taille: \_\_\_\_\_

Poids(initial): \_\_\_kg      Mesurations(initial): \_\_\_\_\_  
 Poids(3 mois): \_\_\_kg      Mesurations(3 mois): \_\_\_\_\_  
 Poids(6 mois): \_\_\_kg      Mesurations(6 mois): \_\_\_\_\_  
 Poids(1 an): \_\_\_kg      Mesurations(1 an): \_\_\_\_\_  
 Poids(2 ans): \_\_\_kg      Mesurations(2ans): \_\_\_\_\_

		Résultats
Endurance	Marche de 6min	Distance parcourue(mètre) : _____
		Ressenti (entourer le niveau d'essoufflement) : 1 / 2 / 3
Force membre inférieur	Assis-debout	Nombre de répétitions : _____
	Chaise	Ressenti (entourer) : 1 / 2 / 3
Force membre supérieur	Grip test	Temps (en seconde) : _____
		Ressenti (entourer) : 1 / 2 / 3
Souplesse	Fit and reach	Valeur obtenue : _____
		Ressenti (entourer) : 1 / 2 / 3
Equilibre	Station unipodal	Distance (en cm) : _____
		Ressenti (entourer) : 1 / 2 / 3

Orienté.e vers l'activité suivante:

Lieu de pratique: \_\_\_\_\_  
 o Club: \_\_\_\_\_  
 o Pratique associative: \_\_\_\_\_  
 o Pratique autonome: \_\_\_\_\_  
 o Offre de la ville: \_\_\_\_\_

Observations: \_\_\_\_\_

## FICHE DE PRESCRIPTION

NOM DU PATIENT :

-----  
-----

• JE PRESCRIS UNE ACTIVITÉ PHYSIQUE ET/OU SPORTIVE ADAPTÉE PENDANT \_\_\_\_\_, À ADAPTER EN FONCTION DE L'ÉVOLUTION DES APTITUDES DU PATIENT.

• PRÉCONISATION D'ACTIVITÉ PHYSIQUE ADAPTÉE ET RECOMMANDATIONS :

-----  
-----  
-----

• PRÉCAUTIONS PARTICULIÈRES SUR :

- APPAREIL LOCOMOTEUR
- CARDIO-VASCULAIRE
- CUTANÉ ET INFECTIEUX
- CHUTE ET RISQUE DE FRACTURE
- AUTRES :

-----

• OBSERVATIONS DU PRESCRIPTEUR

-----  
-----  
-----  
-----

DOCUMENT REMIS AU PATIENT : OUI NON

LIEU : \_\_\_\_\_ DATE |\_|\_| | |\_|\_| | 2 0 2 |\_|

SIGNATURE

JE SOUSSIGNÉ(E) DOCTEUR

-----  
CERTIFIE AVOIR EXAMINÉ (E) CE JOUR  
M/MME -----

NÉ(E) LE |\_|\_|\_| |\_|\_|\_| |\_|\_|\_| |\_|\_|\_|

ET N'AVOIR PAS CONSTATÉ À CE JOUR DE CONTRE-INDICATIONS

• À LA PRATIQUE DES ACTIVITÉS SPORTIVES SUIVANTES

-----  
-----  
-----  
-----

• À LA PRATIQUE DE TOUTES LES ACTIVITÉS PHYSIQUES ET/OU SPORTIVES ADAPTÉES INTÉGRÉES AU DISPOSITIF PRESCRI'FORME

LIEU : -----

DATE |\_|\_|\_| |\_|\_|\_| | 2 0 2 |\_|

SIGNATURE

Cachet professionnel







## Agenda d'activité physique

- Renseignez dans le tableau les activités physiques dépassant 10 minutes consécutives que vous faites, à une intensité perçue comme modérée à élevée (ou activant au moins une respiration plus rapide qu'au repos).

Sur une semaine représentative avant le programme, puis à 1, 2 et 3 mois.

### Activité physique AVANT PROGRAMME

Date :

	Activité	Durée	Autre	Intensité perçue	Plaisir
Lundi				😊 😐 😞	😊 😐 😞
Mardi				😊 😐 😞	😊 😐 😞
Mercredi				😊 😐 😞	😊 😐 😞
Jeudi				😊 😐 😞	😊 😐 😞
Vendredi				😊 😐 😞	😊 😐 😞
Samedi				😊 😐 😞	😊 😐 😞
Dimanche				😊 😐 😞	😊 😐 😞
Total					

- Pratiquer 2h30 d'activité physique adaptée à une intensité modérée par semaine diminue la mortalité de 19% (Woodcock et al. 2011).

### Concernant la sédentarité :

- Entre 4 et 8h de temps quotidien passé en position assise, chaque heure supplémentaire passée en position assise aggraverait la mortalité de 2%.
- A partir de 8h quotidiennes passées en position assise: chaque heure supplémentaire augmenterait la mortalité de 8% (ANSES, 2016).

### Activité physique adaptée après 1 mois de mise en œuvre du programme

	Activité	Durée	Autre	Intensité perçue	Plaisir
Lundi				😊 😐 😞	😊 😐 😞
Mardi				😊 😐 😞	😊 😐 😞
Mercredi				😊 😐 😞	😊 😐 😞
Jeudi				😊 😐 😞	😊 😐 😞
Vendredi				😊 😐 😞	😊 😐 😞
Samedi				😊 😐 😞	😊 😐 😞
Dimanche				😊 😐 😞	😊 😐 😞
Total					
Objectifs					



# Agenda d'activité physique (suite)

## Activité physique adaptée après 2 mois de mise en œuvre du programme

	Activité	Durée	Autre	Intensité perçue	Plaisir
Lundi				😊 😐 😞	😊 😐 😞
Mardi				😊 😐 😞	😊 😐 😞
Mercredi				😊 😐 😞	😊 😐 😞
Jeudi				😊 😐 😞	😊 😐 😞
Vendredi				😊 😐 😞	😊 😐 😞
Samedi				😊 😐 😞	😊 😐 😞
Dimanche				😊 😐 😞	😊 😐 😞
Total					
Objectifs					

## Activité physique adaptée après 3 mois de mise en œuvre du programme

	Activité	Durée	Autre	Intensité perçue	Plaisir
Lundi				😊 😐 😞	😊 😐 😞
Mardi				😊 😐 😞	😊 😐 😞
Mercredi				😊 😐 😞	😊 😐 😞
Jeudi				😊 😐 😞	😊 😐 😞
Vendredi				😊 😐 😞	😊 😐 😞
Samedi				😊 😐 😞	😊 😐 😞
Dimanche				😊 😐 😞	😊 😐 😞
Total					
Objectifs					



# CONSEILS DE BONNE PRATIQUE

## JE PRÉVIENS MON MÉDECIN SI JE RESSENS

**Des douleurs de poitrine, essoufflement anormal survenant à l'effort**  
**Palpitation cardiaque pendant ou après un effort**  
**Malaise survenant à l'effort ou après l'effort**

## JE RESPECTE

- 1. Une phase d'échauffement**
- 2. Une phase de récupération de 10 minutes lors de mes activités sportives**

## JE M'HYDRATE

**Je bois 3 ou 4 gorgées d'eau toutes les 30 minutes d'exercice à l'entraînement comme en compétition**

## J'ÉVITE

**Les activités intenses par fortes chaleurs (au dessus de +30°), temps trop froids (en dessous de -5°) ou pics de pollution**

## JE NE FAIS PAS

**D'activité sportive intense si j'ai de la fièvre, ni dans les 8 jours qui suivent un épisode grippal (fièvre-courbature)**  
**Je ne fume pas dans les 2 heures qui précèdent ou qui suivent une pratique d'activité physique**

## JE RÉALISE

**Un bilan médical avant de reprendre une activité sportive**

# ESPACE ÉDUCATEUR SPORTIF

## SUIVI DE L'ÉVALUATION DE LA CONDITION PHYSIQUE

Nom de l'évaluateur: \_\_\_\_\_

Lieu de l'évaluation: \_\_\_\_\_

Suivi préconisé ou prescrit par le médecin traitant		3 mois	6 mois	1 an	2 ans
Capacité testée		Résultats			
Endurance	Marche 6 min	Distance parcourue (mètre)			
		Ressenti (entourer le niveau d'essoufflement)			
		1/2/3	1/2/3	1/2/3	1/2/3
Force membre inférieur	Assis-debout	Nombre de répétitions			
		Ressenti (entourez le ressenti)			
	1/2/3	1/2/3	1/2/3	1/2/3	
	Chaise	Temps (en seconde)			
Ressenti (entourez le ressenti)					
1/2/3	1/2/3	1/2/3	1/2/3		
Force membre supérieur	Grip test	Valeur obtenue			
		Ressenti (entourez le ressenti)			
1/2/3	1/2/3	1/2/3	1/2/3		
Souplesse	Fit & reach	Distance en cm			
Equilibre	Station unipodale	Temps en secondes			

NOTES



NOTES

