FICHE DE TRANSMISSION KINE VERS APA/APS

Date : .....

Je soussigné.e, certifie avoir examiné ce jour

Nom : .....

Prénom : .....

Né.e le : ..... arrive au terme de sa rééducation

Motif de prescription initial : .....

Je préconise qu'il poursuive une activité physique encadrée afin d'entretenir ses capacités physiques.

Je pense qu'il est pertinent de travailler sur :

- ☐ **Endurance**
- ☐ **Renforcement musculaire**
- ☐ **Mobilité**
- ☐ **Équilibre**
- ☐ **Coordination**

Facultatif : *Merci de préciser si des résultats pour les tests ci-après sont connus :*

- *Distance doigt-sol* .....
- *Test de marche de 6 minutes* .....
- *Timed up and go test* .....
- *Assis debout 30 secondes* .....
- *Force de préhension* .....
- *Appui unipodal 30 secondes* .....

Droite ..... *Gauche* .....

Eléments pouvant limiter l'activité physique :

- Douleur : ..... (*Préciser si besoin*) .....
- Motivation : .....
- Autre : .....

- Accord du patient pour transmission des données de santé : .....

Tampon du Kinésithérapeute-signature :	Signature du. de la patient.e :