

Date :

Je soussigné.e, certifie avoir examiné ce jour

Nom :

Prénom :

Né.e le :

qui ne présente pas de contre-indication apparente à une activité physique adaptée.

Je lui prescris une activité physique ou sportive adaptée **d'intensité légère ou modérée.**

Indications :

- Adaptation cardio respiratoire à l'effort
- Mobilité
- Équilibre
- Renforcement musculaire
- Lutte contre le surpoids
- Autre

Antécédents médicaux notables (avec accord du.de la patient.e) et précautions éventuelles :

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Tampon du médecin-signature :

Signature du. de la patient.e :

FICHE DE TRANSMISSION KINE VERS APA

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 vos résultats si les tests suivants ont été réalisés :

- *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 la zone douloureuse si besoin) :*
- Motivation :*
- Autre :*

Tampon du Kinésithérapeute-signature :

Signature du. de la Patient.e :
Accord du patient pour transmission
des données de santé