

# Formulaire spécifique de prescription à la disposition des médecins

## Patient(e) :

Nom : .....

Prénom : .....

Né(e) le : ..... Sexe : ..... Poids : .....

### Motif de prescription :

- |                                       |                                       |                                 |
|---------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------|
| <input type="checkbox"/> IMC > 35     | <input type="checkbox"/> Diabète T2   | <input type="checkbox"/> Cancer |
| <input type="checkbox"/> Dyslipidémie | <input type="checkbox"/> BPCO         | <input type="checkbox"/> HTA    |
| <input type="checkbox"/> M. Parkinson | <input type="checkbox"/> Autre* ..... |                                 |

Je prescris une activité physique et/ou sportive adaptée pendant ..... mois.

## Préconisations d'activités et recommandations, notamment :

Niveau de limitation du patient :  aucune  minime  modérée  sévère\*

Risque(s) iatrogène(s) potentiel(s) en rapport avec l'activité physique : .....

.....  
 .....  
 .....

Pathologie(s) pouvant entraîner une limitation ostéoarticulaire : .....

.....  
 .....  
 .....

Autre : .....

.....  
 .....  
 .....

A adapter en fonction de l'évolution des aptitudes du patient.

Non remboursable

## Certificat médical de non contre-indication à la pratique de l'activité physique

Je soussigné, certifie que, après interrogatoire et examen clinique réalisés ce jour, le/la patient(e) ne présente pas de signe de contre-indication à la pratique des activités physiques et/ou sportive adaptées.

Ce certificat médical est établi à la demande de l'intéressé(e) pour une durée de validité équivalente à la prescription de l'activité physique et/ou sportive adaptée ci-dessus.

Certificat remis en main propre pour faire valoir ce que de droit.

Lieu	Date	Signature du médecin	Cachet professionnel

\*Le motif autre seul et/ou un niveau de limitation sévère ne permettent pas l'inclusion dans le parcours de soin du réseau Maita'i sport-santé. Pour ces cas, l'intéressé sera orienté vers une structure adaptée dans la mesure du possible.

### Inscription auprès du réseau Maita'i sport santé – Direction de la Santé

Bureau : Institut de la jeunesse et des sports, rue Raauri Tematafaarere à PIRAE, immeuble Jacques Bonno, bâtiment B rez-de-chaussée

☎ (+689) 40 410 600 – ✉ maitaisportsante@gmail.com

BP 611 – 98713 Papeete – TAHITI, Polynésie française