

Certificat Médical/Questionnaire

Votre patient(e) M ou Mme est pressenti(e) pour intégrer un programme d'Activité Physique Adaptée (APA) visant à diminuer le risque de chute, améliorer la condition physique, la santé (prévention et amélioration des problèmes existant) ainsi que la qualité de vie. Il (elle) sera pris(e) en charge par du personnel compétent formé à l'université (niveau Master). L'APA est applicable à tous publics présentant des déficiences, handicap ou besoins particuliers (personnes âgées). Ce programme consistera en des séances collectives.

Afin que M ou

Mme.....Né(e).....puisse
participer en toute sécurité à ce programme merci de bien vouloir répondre à ce questionnaire de santé.

1. Votre patient(e) présente-t-il (elle) une contre-indication à l'exercice physique en collectivité ?

Oui ☐

Non ☐

2. Votre patient(e) présente-t-il (elle) une limitation de l'amplitude du mouvement d'une articulation ?

Oui ☐

Non ☐

Si oui,

Quelle articulation ?

.....

Pour quel mouvement ?

.....

3. Votre patient(e) présente-t-il (elle) une altération d'un des moyens de communication ?

Oui ☐

Non ☐

Si oui,

Lequel ?

.....

.....

4. Votre patient(e) présente-t-il (elle) un facteur de risque de chute ?

- Vasculaire ? Oui ☐ Non ☐
- Articulaire ? Oui ☐ Non ☐
- Métabolique ? Oui ☐ Non ☐
- Autre ? Oui ☐ Non ☐

La présence d'un facteur de risque de chute n'interdit pas la participation aux ateliers mais sa connaissance permet une meilleure adaptation des exercices et une surveillance ciblée.

5. Votre patient(e) présente-t-il (elle) des facteurs de risque ou des antécédents cardiovasculaires ?

Si oui,

Le(s)quel ?

.....
.....

La présence de 2 facteurs de risques et/ou un antécédent cardiovasculaire justifie une évaluation à l'effort.

Suggestions ou remarques :

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

Cachet et signature du médecin

Nous vous remercions d'avoir pris le temps de remplir ce document nécessaire pour l'inscription à ce programme.