

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

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.



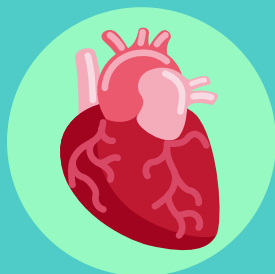
Délégation régionale académique
à la jeunesse, à l'engagement et aux sports



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



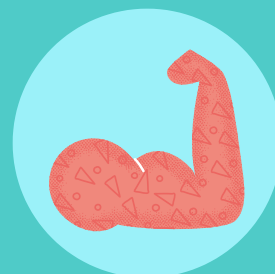
METABOLISME

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 Mensurations(initial): _____
Poids(3 mois): ____kg Mensurations(3 mois): _____
Poids(6 mois): ____kg Mensurations(6 mois): _____
Poids(1 an): ____kg Mensurations(1 an): _____
Poids(2 ans): ____kg Mensurations(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

VOTRE CERTIFICAT D'ABSENCE DE CONTRE INDICATION

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

REMARQUES DIVERSES EN LIEN AVEC LA PRATIQUE D'UNE ACTIVITÉ PHYSIQUE ADAPTÉE

SUIVI MÉDICAL D'INCIDENTS LIÉS À LA PRATIQUE D'UNE ACTIVITÉ PHYSIQUE ADAPTÉE

ESPACE PATIENT

Mesurer votre sédentarité avec l'aide de l'éducateur sportif

• Niveau de sédentarité sur 12 semaines :

Relevez le nombre d'heures (en dehors du sommeil) passées à une dépense énergétique proche de celle du repos (lecture, écrans, activité assise ou allongée...).

Sédentarité initiale

	LUNDI	MARDI	MERCREDI	JEUDI	VENDREDI	SAMEDI	DIMANCHE	TOTAL
Nombre d'heures de sédentarité								
Nombre d'heures de sommeil								

Après 1 mois de pratique d'Activité Physique Adaptée

Nombre d'heures de sédentarité								
Nombre d'heures de sommeil								

Après 2 mois de pratique d'Activité Physique Adaptée

Nombre d'heures de sédentarité								
Nombre d'heures de sommeil								

Après 3 mois de pratique d'Activité Physique Adaptée

Nombre d'heures de sédentarité								
Nombre d'heures de sommeil								



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 RESENS

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

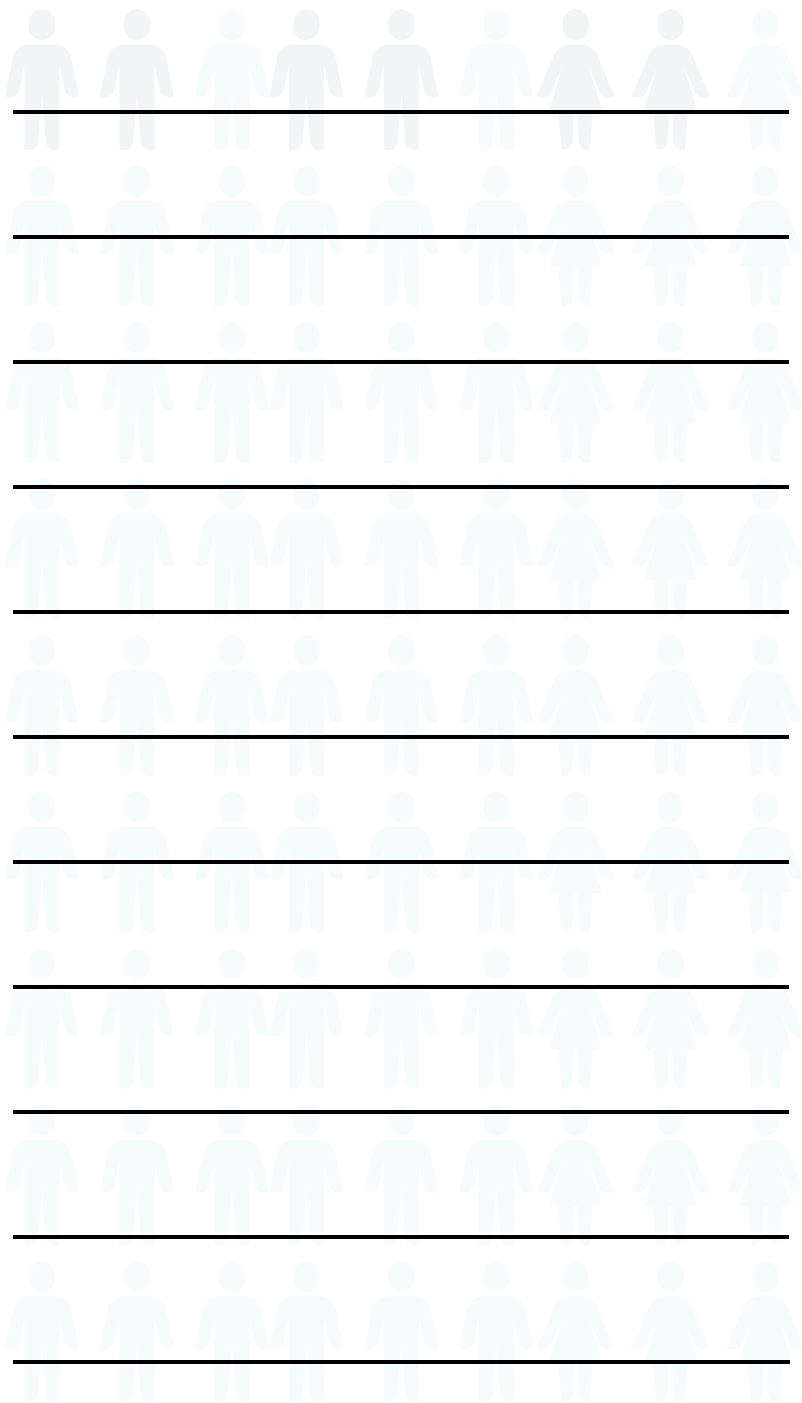
SUIVI DE L'ÉVALUATION DE LA CONDITION PHYSIQUE

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			
		Temps en secondes			
Equilibre	Station unipodale				

NOTES



NOTES

