

# MODÈLE DE FORMULAIRE SPÉCIFIQUE DE PRESCRIPTION D'UNE ACTIVITÉ PHYSIQUE ADAPTÉE

## Partie destinée au médecin

*Le médecin établit la prescription initiale (article D.1172-2 du code de la santé publique CSP). Cette prescription ouvre droit au patient à la réalisation d'un bilan d'évaluation de sa condition physique et de ses capacités fonctionnelles ainsi qu'à un bilan motivationnel par une personne qualifiée (masseur-kinésithérapeute, ergothérapeute, psychomotricien, intervenant en activité physique adaptée formé à la réalisation de ces évaluations), à l'entrée puis à la fin du programme d'activité physique adaptée (article D. 1172-2 du CSP).*

Date :

Nom et prénom du patient : .....

Je prescris une activité physique adaptée, pour une durée de..... (de 3 à 6 mois renouvelable, d'après le décret n° 2023-234 du 30 mars 2023), à adapter en fonction de l'évolution des aptitudes du patient.

**Préconisations d'activité**, selon les référentiels d'aide à la prescription d'activité physique lorsqu'ils existent ([www.has-sante.fr/jcms/c\\_2876862/](http://www.has-sante.fr/jcms/c_2876862/))

Type d'activité à libeller sous la forme et en fonction de l'état de santé du patient d'exercices d'endurance, de renforcement musculaire, travail de l'équilibre, de la souplesse, la coordination à réaliser, fréquence, intensité :

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

**Restrictions et/ou limitations fonctionnelles à prendre en compte :**

.....

**Le patient présente-t-il une indication qui nécessite le renouvellement et l'adaptation de la prescription par un médecin ? :**

OUI  / NON  si oui mentionner laquelle : .....

*Sauf contre-indication médicale, le masseur-kinésithérapeute peut, avec l'accord du patient, renouveler une fois la prescription médicale initiale d'activité physique adaptée à l'échéance de celle-ci ou l'adapter en termes de type d'activité, d'intensité, de fréquence et de durée.*

**Tampon & Signature du médecin :**

## Partie destinée au masseur-kinésithérapeute

*A compléter par le masseur-kinésithérapeute en cas de renouvellement ou adaptation de la prescription médicale initiale ci-dessus.*

*Renouvellement ou adaptation, limités à 1 fois, dont le médecin doit être informé (Art. D. 1172-2-1. CSP).*

*Les mentions de renouvellement ou d'adaptation doivent être portées sur l'original du formulaire initial.*

Date :

Nom et prénom du patient : .....

**Renouvellement** de prescription initiale :

Je renouvelle la prescription d'activité physique adaptée ci-dessus pour une durée de .....(3 à 6 mois maximum)

**Adaptation** de prescription initiale :

Je prescris les adaptations suivantes (préciser le type d'activité à libeller sous la forme et en fonction de l'état du patient d'exercices d'endurance, de renforcement musculaire, travail de l'équilibre, de la souplesse, la coordination à réaliser, la fréquence, l'intensité, la durée) :

.....  
.....

Pour une durée de : .....(3 à 6 mois maximum)

**Tampon & Signature** du masseur-kinésithérapeute

Ces éléments doivent être versés au dossier médical partagé, avec l'accord du patient.

