rsma
Association polyvalente de santé publique

- Demande d'inclusion au sein d'un programme d'Education Thérapeutique du Patient -

Merci de cocher le programme que vous souhaitez que votre patient(e) intègre :

☐ Surpoids et obésité de l'adulte
☐ Surpoids et obésité de l'enfant *(programme Poiplume)*
☐ Ostéoporose
☐ Bien vivre avec son diabète

Je vous confie, Mme, Mr ……, né(e) le …… / …… / ……, pour prise en charge dans le cadre du parcours d'Education Thérapeutique du Patient.

Coordonnées du patient : ……

……..

Pour le programme « Poiplume »

A ce jour :
Poids : …… kg Taille : ..…… m IMC : …… kg.m-2

A la naissance :
Poids : …… kg Taille : …..… m

Âge du rebond : ……..

Facteurs ayant déclenché la prise de poids : ……
……
……

Pour les programmes « Bien vivre avec son diabète » / « Surpoids et obésité de l'adulte » / « Ostéoporose »

A ce jour :
Poids : …… kg Taille : …..… m IMC : ..…… kg.m-2
HbA1C : …….. %

Traitements : ……
……
……
……
……
……
……

Autres problèmes de santé : ……
……

Difficultés psychosociales : ……...
……

Prise en charge antérieures : ……
……

Antécédents familiaux de surpoids/d'obésité : ……...
……

Fait à ……

Le … / … / …

Signature

Cachet du professionnel de santé

CERTIFICAT MEDICAL D'INDICATION A LA PRATIQUE DES ACTIVITES PHYSIQUES ADAPTEES

Je soussigné(e), Docteur ……, certifie que l'état de santé de

Nom : ……. Prénom : ……. Né(e) le …… / …… / ……

est compatible avec la pratique d'Activités Physiques Adaptées, proposée dans le cadre du parcours d'Education Thérapeutique du Patient Poiplume (surpoids et obésité infantile).

Je l'autorise en conséquence à pratiquer :

- Activités physiques et sportives progressives et régulières,

En évitant : ……..…….

……..……..

Précautions particulières : appareil locomoteur, cardiovasculaire, respiratoire, neurosensoriel (vision, audition, équilibre). Contre-indications. Activités sportives déconseillées.

Fait à : ……

Le : …… / …… / ……

Cachet du médecin / Signature :