



GRILLE D'ÉVALUATION DES « FACTEURS NECESSITANT UN AVIS MEDICAL SPECIALISE »

AVANT ORIENTATION VERS UNE ACTIVITE PHYSIQUE ADAPTEE

Ce questionnaire permet d'évaluer la présence ou non de facteurs nécessitant des investigations complémentaires et/ou un avis médical spécialisé et/ou une adaptation spécifique de l'Activité Physique avant la délivrance de tout certificat médical.

Identité patient

Nom :

Prénom :

Ville de résidence :

Nom du professionnel :

Date :

1-Facteurs limitant l'effort:

Affections cardiovasculaire ou respiratoire avec risque de décompensation à l'effort (contre indication à la pratique d'activité physique)	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
Localisations osseuses avec risque de complications (fracturaire, instabilité, douleur)	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
Troubles biologiques (ou traitement) augmentant le risque hémorragique ou infectieux	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
Episode infectieux en cours	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
Plaies ou cicatrices en cours d'évolution (contre indication pour la pratique de sports nautiques)	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
Incontinences sphinctériennes, stomies (contre indication pour la pratique de sports nautiques)	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
Cachexie sévère (contre indication pour la pratique de sports nautiques)	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
Troubles de santé mentale	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
Troubles cognitifs sévères	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON

SI VOTRE PATIENT PRESENTE UN OU PLUSIEURS DE SES FACTEURS, UN AVIS MEDICAL SPECIALISE PEUT ETRE NECESSAIRE POUR L'ORIENTATION VERS UNE ACTIVITE PHYSIQUE ADAPTEE

⇒ **Se reporter à l'annuaire des ressources en cancérologie pour retrouver l'ensemble des structures proposant de l'APA ayant signé la charte ONCOHDF :**
<http://www.onco-hdf.fr>