

Outils pour la prescription d'APA en cancérologie

Vous trouverez ci-joint les outils nécessaires à la prescription d'APA en cancérologie :



Afin de vous aider à remplir ces documents, vous pouvez consulter en parallèle :

Le guide d'aide à la prescription d'APA en cancérologie

Volet 1 : Consultation médicale d'APA

Guide d'aide à la prescription d'APA en cancérologie : p.3 à 6

Ce volet est un document d'aide pour le professionnel qui réalise la consultation médicale préalable à la prescription d'APA. Il recense les points essentiels à vérifier avant de prescrire une APA, et pourra être conservé dans le dossier du patient.

Il n'est pas destiné à être remis directement au patient.



Volet 2 : Prescription d'APA

Guide d'aide à la prescription d'APA en cancérologie : p.7

Ce volet est un document d'aide à la prescription d'APA une fois la consultation médicale réalisée et les contre-indications éventuelles levées. Il précise quel type d'APA est proposée, à quelle intensité et quelle fréquence, ainsi que les limitations éventuelles ou autres précisions à signaler à l'EAPA.

Ce volet est remis au patient et destiné à l'EAPA, qui pourra être sollicité en amont afin d'aider le prescripteur dans sa démarche.

Volet 3 : Certificat de non contre-indication à la pratique d'une activité sportive

Guide d'aide à la prescription d'APA en cancérologie : p.8

Ce volet est un document contractuel qui atteste de l'absence de contre-indication à la pratique d'une AP. Il sera rédigé à la fin de la consultation médicale, pour une AP particulière.

Ce volet est remis au patient et remis à l'EAPA.





Volet 1 : Consultation médicale d'AP

NOM	PRÉNOM.....
Né(e) le/...../.....	SEXE

Histoire de la maladie cancéreuse et traitements spécifiques reçus ou en cours :

.....

.....

.....

Stomie : Oui Non

Chambre implantable : Oui Non

Evaluation médicale générale :

- Niveau de risque cardio-vasculaire :

.....

Si élevé ou très élevé → test d'effort

- Neuropathies périphériques :

.....

- Morbidités musculo-squelettique :

.....

- Risque de fracture (traitement hormonal, métastases osseuse...) :

.....

Contre-indications à une AP *(cf tableau 1 du Guide d'aide à la prescription d'APA en cancérologie, p5)*

.....

.....

.....

Précautions particulières *(cf tableau 2 du Guide d'aide à la prescription d'APA en cancérologie, p6)*

.....

.....

.....



Bilan fonctionnel (évaluation des limitations et de la condition physique) :

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

Evaluation de la motivation et des freins :

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

Si plusieurs limitations fonctionnelles sévères : accompagnement initial par un professionnel de santé (kinésithérapeute, ergothérapeute ou psychomotricien)

Fait à :

Signature du médecin

Le / /



Volet 2 : Prescription d'activité physique adaptée

Je soussigné(e) Docteur.....

Exerçant à :

Certifie avoir reçu en consultation ce jour

NOM PRÉNOM.....

Né(e) le/...../..... SEXE

Et avoir constaté un intérêt thérapeutique de la pratique d'une activité physique régulière, adaptée, sécurisante et progressive.

Activité(s) préconisée(s) :

- | | | |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Endurance | <input type="checkbox"/> Coordination des mouvements | <input type="checkbox"/> Autre : |
| <input type="checkbox"/> Renforcement musculaire | <input type="checkbox"/> Déplacements dans l'axe du corps (ex : la marche) | |
| <input type="checkbox"/> Se relever, équilibre | <input type="checkbox"/> Corps en décharge (ex : la natation, le vélo) | |
| <input type="checkbox"/> Souplesse | | |

Intensité Légère Modérée Elevée

Restriction d'activité :

- | | | |
|----------------------------------|--|---|
| <input type="checkbox"/> Marcher | <input type="checkbox"/> Port de charge | <input type="checkbox"/> Milieu aquatique |
| <input type="checkbox"/> Courir | <input type="checkbox"/> S'allonger au sol | <input type="checkbox"/> Autre : |
| <input type="checkbox"/> Sauter | <input type="checkbox"/> Maintenir son équilibre | |
| <input type="checkbox"/> Lancer | <input type="checkbox"/> Intensité élevée | |

Etre vigilant lors de la sollicitation des articulations / zones suivantes :

Recommandations, autres précisions : (adaptations thérapeutiques, signes cliniques devant amener à consulter de nouveau ...)

.....
.....

Orientation :

- Je contacte l'EAPA (ou autre professionnel agréé)
- Le patient contacte directement l'EAPA (ou autre professionnel agréé)

Informations données au patient :

- J'informe le patient que je suis disposé à suivre l'évolution de sa pratique d'activité physique
- J'informe le patient que les séances d'activité physique ne sont pas remboursées par l'assurance maladie
- Je remets au patient un certificat de non contre-indication à la pratique d'une APA

Fait à :

Le/...../.....

Signature du médecin



Volet 3 : Certificat de non contre-indication à la pratique d'une activité physique adaptée (CACI)

Je soussigné(e) Docteur.....

Exerçant à :

.....

Certifie avoir reçu en consultation ce jour

NOM PRÉNOM.....

Né(e) le/...../..... SEXE

Et avoir constaté, ce jour, l'absence de signes cliniques décelables contre-indiquant la pratique d'une activité physique adaptée à sa pathologie.

Certificat remis en main propre à la demande de l'intéressé.

Fait à :

Signature du médecin

Le/...../.....