

Identification de la personne

Femme Homme

Nom d'usage :

Nom de naissance :

Prénom(s) :

Date de naissance :

Adresse :

Téléphone :

Mail :

Situation médicale (données non partagées avec les enseignants APA)

Organe(s) atteints : Métastases : OUI NON

Lieu du dernier traitement : Date du dernier traitement :

Traitements reçus	Chirurgie	Chimiothérapie	Radiothérapie	Immunothérapie	Autre
Mois/année					

Pathologies associées	Points de vigilance
<input type="checkbox"/> Conduites addictives	<input type="checkbox"/> Isolement social
<input type="checkbox"/> Troubles cognitifs	<input type="checkbox"/> Isolement géographique
<input type="checkbox"/> Troubles nutritionnels (perte poids, dénutrition, obésité...)	<input type="checkbox"/> Difficultés de communication
<input type="checkbox"/> Troubles Psychiques	<input type="checkbox"/> Risque de non observance
<input type="checkbox"/> Symptômes Physiques (plaie, douleur, ..)	<input type="checkbox"/> Précarité économique
<input type="checkbox"/> Handicap	Autre
<input type="checkbox"/> Troubles du comportement	
<input type="checkbox"/> Pathologies chroniques	

Prescription (cochez le ou les soins de supports demandés) :

- Prise en charge diététique
- Soutien psychologique
- Activité Physique Adaptée (A.P.A.) *

*Autorisation médicale APA : ACTIVITE PHYSIQUE ADAPTEE

J'autorise la pratique de l'Activité Physique Adaptée par l'enseignant APA.

J'attire votre attention sur la pratique des activités physiques adaptée avec des limitations en termes de :

Contre-indication pour certaines activités/milieus/collectif :....

Charge:

Vitesse:

Posture:

D'intensité de l'effort :

En durée :

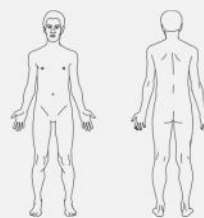


Figure 1 :
 Indiquer sur ce
 schéma
 la localisation des
 limitations par une
 flèche

La personne souhaite bénéficier des soins de support proposés par l'APAC et a consenti au partage des informations.

Prescrit par Dr Ville/Etablissement

(=> Médecin traitant du patient: Ville)

Fait à, Le

Signature et Cachet médical :