

# 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 ..../...../.....