

Bonjour à tous,

C'est avec grand plaisir que **VITAL SPORT SANTÉ** et **LA MAIRIE DE BRAS-PANON** s'associent pour le lancement de l'expérimentation du projet **PRESCRI A LI - SPORT SUR ORDONNANCE** (SSO) à Bras-Panon.

Pour cette année 2024, le projet portera sur des adultes atteints d'ALD et/ou de maladie(s) chronique(s), résidant à Bras-Panon.

Ce projet a pour but d'accompagner **50 bénéficiaires gratuitement** à pratiquer **une activité physique adaptée** (APA) pour leur état de santé, à raison de **2 séances d'APA par semaine** durant **6 mois**. Ces séances seront encadrées par un Enseignant en APA (Licence STAPS Activité Physique Adaptée et Santé).

Si vous souhaitez orienter un patient :

- ▶ **une charte à nous retourner** afin de participer au dispositif, celui vous permettra d'avoir un accès en ligne à notre logiciel afin de suivre les progrès de votre patient
- ▶ **les critères d'inclusion et d'exclusion** du dispositif
- ▶ **le formulaire de prescription d'APA** à donner à votre patient

Pour ce lancement, **nous souhaiterions inclure 50 bénéficiaires entre la période du 15 avril et du 15 juin 2024.**

Suite à votre prescription d'APA, vous pouvez nous scanner le formulaire avec les coordonnées de votre patient par mail à prescriali@gmail.com ou votre patient est invité à prendre contact par téléphone au **06 92 38 86 00** ou au **07 83 68 20 08** avec notre équipe afin de réaliser **un bilan d'Activité Physique Adaptée**.

Nous restons à votre disposition pour toute question.

Bien cordialement

L'équipe

Prescri A li

Sport Sur Ordonnance

Tel : 0692 388 600

Mail : prescriali@gmail.com

DECouvrez

PRESCRALI

LE DISPOSITIF DE SPORT SUR ORDONNANCE !



COMMENT EN BÉNÉFICIER ?

**ÊTRE UN ADULTE, HABITER À BRAS-PANON ET AVOIR UNE MALADIE CHRONIQUE
(DIABÈTE, HYPERTENSION, MALADIE CARDIOVASCULAIRE..)**

1

**PRENEZ
RENDEZ-VOUS
CHEZ VOTRE
MÉDECIN**

2

**RÉALISEZ
UN BILAN DE
CONDITION
PHYSIQUE**

3

**PARTICIPEZ
À UNE ACTIVITÉ
PHYSIQUE
ADAPTÉE**

**CRITÈRES D'INCLUSION ET
D'EXCLUSION
PRESCRI A LI
SPORT SUR ORDONNANCE**



CRITÈRES D'INCLUSION

- Personne inactive et/ou ne pratiquant pas d'activité physique en Club
- Réside sur le territoire de Bras-Panon
- Adulte
- Limitations fonctionnelles minimales à modérées

MALADIES METABOLIQUES
<ul style="list-style-type: none"> ➤ Obésité ➤ ALD : Diabète de type 1 et de type 2
MALADIES CARDIOVASCULAIRES
<ul style="list-style-type: none"> ➤ Hypertension artérielle ➤ ALD : Coronaropathie ➤ ALD : Artériopathies chroniques avec manifestations ischémiques
MALADIES RESPIRATOIRES
<ul style="list-style-type: none"> ➤ Asthme ➤ BPCO ➤ ALD : Mucoviscidose
MALADIES NEUROLOGIQUES
<ul style="list-style-type: none"> ➤ ALD : Accident Vasculaire Cérébral ➤ ALD : Maladie de Parkinson ➤ ALD : Sclérose En Plaques
MALADIES RHUMATOLOGIQUES / IMMUNO-INFLAMMATOIRES
<ul style="list-style-type: none"> ➤ Affection ostéoarticulaires chroniques douloureuses ➤ ALD : Spondylarthrite ankylosante grave ➤ ALD : Polyarthrite rhumatoïde évolutive grave ➤ ALD : Périorthrite noueuse, lupus érythémateux aigu disséminé, sclérodermie généralisée évolutive ➤ ALD : Rectocolite hémorragique et maladie de Crohn évolutives ➤ ALD : VIH → patient sans immunodépression
CANCERS
<ul style="list-style-type: none"> ➤ En rémission
MALADIES NEPHROLOGIQUE
<ul style="list-style-type: none"> ➤ Néphropathie chronique ➤ Affection chronique stabilisée

AUTRES

- Personne en perte d'autonomie dues au handicap ou au vieillissement suivantes :
- bénéficiaire de l'allocation personnalisée d'autonomie mentionnée à l'article L. 232-1 du code de l'action sociale et des familles ;
- bénéficiaire de l'aide à domicile mentionnée à l'article L. 231-1 du même code ;
- bénéficiaire d'un droit attribué par la commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées mentionnée à l'article L. 146-9 du même code ;
- titulaire de la carte " mobilité inclusion " mentionnée à l'article L. 241-3 du même code ;
- ayant réalisé un dépistage multidimensionnel du déclin fonctionnel lié à l'âge révélant une fragilité. »
- Maladie chronique ayant un retentissement sur la vie quotidienne, susceptibles de générer des incapacités, voire des complications graves, et nécessitant une prise en charge au long cou
- Les facteurs de risque tels qu'une condition, une pathologie ou un comportement augmentant la probabilité de développer ou d'aggraver une maladie ou bien de souffrir d'un traumatisme, notamment le surpoids, l'obésité, l'hypertension artérielle, la dénutrition, la sédentarité, les dyslipidémies, et les conduites addictives

CRITÈRES D'EXCLUSION

- Personne active et pratiquant une activité en club
- Enfant
- Réside hors du territoire de Bras-Panon
- Limitations cérébrales importantes :
 - Trouble de la compréhension ou de l'expression : impossibilité de répondre aux questionnaires
 - Présence de manifestation sévère d'anxiété/dépression
- Limitations sensorielles importantes :
 - Vision ne permettant pas la circulation seul dans un environnement familial
 - Stimulations sensibles non perçues
 - Surdit e profondes
 - Déséquilibres sans rééquilibrage : chutes fréquentes
- Limitations locomotrices importantes :
 - Périmètre de marche ≤ 150 m au tdm6
 - Altération de la motricité, du tonus, d'amplitude sur plusieurs articulations affectant la gestuelle de l'activité du quotidien
 - Fatigue ou douleur invalidantes dès le moindre mouvement
- Patient nécessitant un accompagnement en handisport
- Participant non francophone impossibilité de répondre aux questionnaires
- Résultats des tests de condition physique insuffisant lors du bilan sport-santé

*Certificat Médical
de non contre indication
à la pratique d'Activité physique*

Je soussigné, Docteur _____

*docteur en médecine, certifié
avoir examiné ce jour,*

Mme / Mr _____

né(e) le : ____ / ____ / ____

*et n'avoir pas constaté de contre-indication
apparente à la pratique d'activité physique adaptée*

Je prescris une activité physique et/ou sportive adaptée

*Pendant 1 an à adapter en fonction de l'évolution des aptitudes
du patient dans le cadre du dispositif sport sur ordonnance*

À _____

Le ____ / ____ / ____

Signature et cachet du médecin

Fiche de Recommandations du médecins

afin d'adapter au mieux la pratique
d'activité physique

La pratiquante / le pratiquant ne doit pas solliciter les
articulations suivantes : (entourer la mention)

Nuque Rachis Epaules___ Bras ___
Hanche Genoux____ Cheville__ Autres : _____

Privilégier les activités suivantes :

- Endurance cardio-respiratoire
- Renforcement musculaire
- Souplesse
- Equilibre

Intensité recommandée :

- Légère
- Modérée
- Elevée
- Equilibre

Fréquence cardiaque à ne pas
dépasser : : _____BPM

Action à ne pas réaliser :

- Courir
- Sauter
- Porter
- S'allonger sur le sol

Informations complémentaires :

Le ____/____/____

Signature et cachet du médecin