



Fiche de prescription d'activités physiques et sportives par l'intermédiaire de
l'Hôpital De Jour du service de Médecine du Sport du CHU d'Orléans

Téléphone : 02 38 51 47 85

Mail : secretariat-medecine.sport@chu-orleans.fr

Fax : 02 38 51 42 85

MEDECIN PRESCRIPTEUR : nom

tél :

Renseignements concernant le patient :

• Nom :

Prénom :

• Date de naissance :

n° téléphone :

Pathologie chronique d'inclusion :

Taille :

Poids :

Antécédents médicaux :

• Diabète :

Tabac :

• Hypercholestérolémie :

Obésité :

• HTA :

Antécédents familiaux cardio-vasculaires :

• Autres

Antécédents chirurgicaux :

Traitement : (joindre une copie de l'ordonnance habituelle)

Allergies :

La patient a-t'il déjà réalisé une échographie cardiaque ou une épreuve d'effort auprès d'un cardiologue ? (si oui à quelle date)

Limitations fonctionnelles liées à une déficience physique, sensorielle, ou psychique :

Activités pratiquées :

• Activités physiques et sportives pratiquées actuellement :

• Activités physiques et sportives que le patient souhaite pratiquer :