

# PRESCRIPTION

## MEDECINS

Médecin		Patient·e (étiquette)	
Spécialité		Prénom, Nom	
Institution		Adresse	
Prénom, Nom		NPA, Ville	
Adresse		Téléphone	
NPA, Ville		Email	
Téléphone		Date de naissance	
Email			

Aucune donnée personnelle ou médicale ne sera transmise sans l'accord du patient.

Le·la patient·e accepte que le rapport de suivi PAP+ soit transmis à son médecin (prescripteur).

### Antécédents médicaux ayant un impact sur l'activité physique

Cardiovasculaire	<input type="checkbox"/> Insuffisance cardiaque	<input type="checkbox"/> Cardiopathie ischémique	<input type="checkbox"/> Trouble du rythme	<input type="checkbox"/>
Pulmonaire	<input type="checkbox"/> Asthme	<input type="checkbox"/> BPCO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Métabolique	<input type="checkbox"/> Diabète	<input type="checkbox"/> Obésité	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Locomoteur	<input type="checkbox"/> Arthrose	<input type="checkbox"/> Prothèse : Localisation : .....	<input type="checkbox"/> Mal. rhumatologique	<input type="checkbox"/>
Neurologique	<input type="checkbox"/> Mal. dégénérative (SEP, Parkinson...)	<input type="checkbox"/> Séquelle d'AVC	<input type="checkbox"/> Polyneuropathie	<input type="checkbox"/>
Psychologique	<input type="checkbox"/> Trouble anxieux	<input type="checkbox"/> Trouble dépressif	<input type="checkbox"/> Trouble psychotique	<input type="checkbox"/> Trouble cognitif
Autre	<input type="checkbox"/> .....			

### Traitement pouvant avoir un impact sur l'activité physique

Oui  Non

Si oui, quel traitement ?

### Remarques