

**A REMPLIR PAR LE PATIENT**

sexé _____
 nom _____
 prénom _____
 né le _____
 Adresse _____
 Codepostal _____
 GSM _____
 Age _____

Email _____
 appeler si urg _____
 tel/urg _____
 Med traitant _____
 Cardio _____
 Pneumo _____
 prestataire _____

Photo
Si jamais donné

A REMPLIR PAR LE MEDECIN

ATCD _____
 Patho 1 _____
 patho 2 _____
 patho 3 _____
 allergie _____

FDR _____
 type diabète _____
 tabac _____
 rhumato _____
 poids _____ Taille _____
 anticoag _____
 FE _____ % VEMS _____ %

Test d'effort : oui non

FC repos _____ 02 repos _____
 FC max _____ 02 effort _____
 Conclusion _____

FCE _____ à _____
 TM6 dist _____ TM6 Théo _____

A REMPLIR PAR IDEAS APERF

Objectif patient : _____ Pb articulaires, douleurs : _____

Connaissez-vous votre maladie : suf insufConnaissez-vous les 10 règles d'or : suf insufNécessite une prise en charge nutritionniste : oui nonNécessite une prise en charge tabacologique : oui nonCertificat med : oui non Renouvellement oui non Année : _____ Date d'adhésion : _____ Site : _____Accompagnateur : oui non Patient accompagné : _____

Je soussigné(e) Docteur _____ certifie que l'état de santé actuel de Mme, Mr _____
 Né(e) le _____ ne contre indique pas la pratique de l'activité physique à l'APERF
 Le _____, Cachet et signature du docteur référent :

Remarque _____

APERF : « Prenez la vie à cœur » - « Un nouveau souffle de vie ». Agréé santé par l'ARS – Tél 0692683434 – sec.aperf974@gmail.com

Cadre réservé à l'APERF

Cotisation (25€) : O oui O non

Renouvellement : O oui O non

Date d'adhésion :

Site :

CONSENTEMENT

Je soussigné(e) Nom, Prénom,

Né(e) le à

Reconnaît que l'association APERF m'a proposé de participer au programme « Prenez la vie à Cœur » ou « Un nouveau Souffle de vie » mis en place après avoir suivi une prise en charge dans l'un des établissements partenaires de l'APERF.

Le principe du programme m'a clairement été expliqué ainsi que les bénéfices que je peux en retirer. J'ai pris connaissance du contenu par la notice d'information de l'APERF.

L'APERF ayant passé des conventions avec des instituts de formation, des étudiants peuvent être amenés à assister à des séances d'activités physiques adaptées et d'éducation thérapeutique.

Les étudiants au même titre que les professionnels de l'APERF sont tenus au secret professionnel.

Il m'a été précisé que je suis libre d'accepter ou de refuser, et de me retirer à n'importe quel moment du programme sans en courir le moindre préjudice sur la qualité des soins qui me seront prodigués ultérieurement.

Je consens par la présente à participer au programme. J'accepte que les données me concernant et enregistrées à l'occasion de ma participation au programme fassent l'objet d'un traitement informatisé par l'APERF. J'accepte que ces données soient partagées par les intervenants de l'APERF.

J'autorise l'association APERF à utiliser mes photos à des fins publicitaires (site internet, Facebook...)

Je m'engage à rester courtois envers les personnes présentes sur sites (intervenants, adhérents...)

Je reconnais que le déroulement, les avantages et les risques du test de marche de 6 minutes, et les séances d'activités physiques adaptées m'ont été expliquées en des termes que j'ai compris.

Je déclare sur l'honneur que je ne viendrai pas à la séance APERF si j'ai été en contact avec un cas de covid19 ou si j'ai un des symptômes suivants : fièvre, mal de tête, courbatures, toux anormale, essoufflement anormal, perte du goût, diarrhée inhabituelle. Dans ces cas, j'appellerai mon médecin ou le 15,

Je déclare ne plus avoir de questions à poser à l'APERF.

NOM :

Signature :

Date :