



Photo  
Si jamais donné

### A REMPLIR PAR LE PATIENT

sexe		Email	
nom		appeler si urg	
prénom		tel/urg	GSM/urg
né le		Med traitant	
Adresse		Cardio	
Codepostal		Pneumo	
GSM		prestataire	
Age			

### A REMPLIR PAR LE MEDECIN

ATCD		FDR	<input type="checkbox"/> diabète O cholestérol	O HTA O tabac	O Sédentarité O stress	O surpoids O familiaux
Patho 1		type diabète				
patho 2		tabac				
patho 3		rhumato				
allergie		poids		Taille		
		anticoag				
		FE		%	VEMS	%

Test d'effort : ☐ oui ☐ non

FC repos		O2 repos		FCE		à	
FC max		O2 effort		TM6 dist		TM6 Théo	
Conclusion							

### A REMPLIR PAR IDEAS APERF

Objectif patient : \_\_\_\_\_ Pb articulaires, douleurs : \_\_\_\_\_

Connaissez-vous votre maladie : ☐ suf ☐ Insuf

Connaissez-vous les 10 règles d'or : ☐ suf ☐ insuf

Nécessite une prise en charge nutritionniste : ☐ oui ☐ non

Nécessite une prise en charge tabacologue : ☐ oui ☐ non

Certificat 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 \_\_\_\_\_

Cadre réservé à l'APERF

Cotisation (25€) : ☐ oui ☐ non

Renouvellement : ☐ oui ☐ 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 :