

Dossier de consultation et prescription médicale d'activité physique à des fins de santé chez l'adulte

Ce document comprend :

1. Une fiche de renseignement (*à remplir*) - page 2 et 3
2. Un questionnaire d'estimation du niveau habituel d'activité physique et de sédentarité (GPAQ) (*à remplir*) - page 4 et 5
3. Une fiche de renseignement sur les antécédents médicaux et l'état de santé actuel (*à remplir par le médecin durant la consultation*) - page 6 et 7
4. Une liste d'éléments nécessaires à préciser *par votre médecin* avant la pratique d'une activité physique - page 8

Fiche de renseignement

(A vous de la remplir)

Nom : _____

Sexe : Féminin Masculin

Prénom : _____

Activité professionnelle : _____

Âge : _____

Données de santé

Poids (kg) : _____

Taille (cm) : _____

Habitude de vie

A. Sommeil

Combien d'heures par nuit en moyenne dormez-vous ?

Souffrez-vous d'apnée du sommeil ou de ronflement dérangeant ?

Oui Non

Entourez la réponse qui vous correspond :

Avez-vous des difficultés à vous endormir ?

Non Plutôt non Moyen Plutôt oui Oui

Avez-vous des réveils nocturnes fréquents ou prolongés ?

Non Plutôt non Moyen Plutôt oui Oui

Précisez les raisons de ces difficultés (ex : pensées négatives, tension musculaire/douleur, mauvaises habitudes, stress,...)

Êtes-vous satisfait de votre sommeil actuel ?

Non Plutôt non Moyen Plutôt oui Oui

Votre sommeil interfère-t-il dans votre quotidien ?

Non Plutôt non Moyen Plutôt oui Oui

Après une mauvaise nuit de sommeil, quelles difficultés suivantes éprouvez-vous le lendemain ?

Fatigue pendant le jour Non Plutôt non Moyen Plutôt oui Oui

Difficultés à fonctionner (concentration, mémoire, performance, etc) Non Plutôt non Moyen Plutôt oui Oui

Problème d'humeur (irritable, tendu(e), nerveux(se), déprimé(e), anxieux(se), etc) Non Plutôt non Moyen Plutôt oui Oui

Autres (précisez) : _____

Êtes-vous inquiet(e) / préoccupé(e) à propos de vos difficultés de sommeil ?

Non

Plutôt non

Moyen

Plutôt oui

Oui

B. Alimentation

Combien de repas et de collations consommez-vous par jour ?

Que consommez-vous au petit-déjeuner ?

Que consommez-vous le soir ?

Quelle est votre consommation de :

Boissons gazeuses ?

Jus de fruits sucrés ?

Café ?

Thé ?

Boissons énergisantes ?

Eau ?

C. Autres

Consommez-vous de l'alcool ?

Oui

Non

Si oui, quelle quantité et à quelle fréquence ?

Fumez-vous ?

Oui

Non

Si oui, quelle quantité par jour ?

Consommez-vous des produits illicites ?

Oui

Non

Précisez :

Mode de vie de l'entourage

Qui pratique une activité physique autour de vous ?

Quel type d'activité physique ?

Aimeriez-vous réaliser cette activité avec cette personne ?

Global Physical Activity Questionnaire (GPAQ)

(À vous de le remplir)

Activité physique			
<p>Je vais maintenant vous poser quelques questions sur le temps que vous consacrez à différents types d'activité physique lors d'une semaine typique. Veuillez répondre à ces questions même si vous ne vous considérez pas comme quelqu'un d'actif.</p> <p>Pensez tout d'abord au temps que vous y consacrez au travail, qu'il s'agisse d'un travail rémunéré ou non, de tâches ménagères, de cueillir ou récolter des aliments, de pêcher ou chasser, de chercher un emploi. Dans les questions suivantes, les activités physiques de forte intensité sont des activités nécessitant un effort physique important et causant une augmentation conséquente de la respiration ou du rythme cardiaque. Les activités physiques d'intensité modérée sont des activités qui demandent un effort physique modéré et causant une petite augmentation de la respiration ou du rythme cardiaque.</p>			
Question		Réponse	Code
Activités au travail			
1	Est-ce que votre travail implique des activités physiques de forte intensité qui nécessitent une augmentation conséquente de la respiration ou du rythme cardiaque, comme [soulever des charges lourdes, travailler sur un chantier, effectuer du travail de maçonnerie] pendant au moins 10 minutes d'affilée ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <i>Si Non, aller à P4</i>	P1
2	Habituellement, combien de jours par semaine effectuez-vous des activités physiques de forte intensité dans le cadre de votre travail ?	Nombre de jours : <input type="text"/>	P2
3	Lors d'une journée habituelle durant laquelle vous effectuez des activités physiques de forte intensité, combien de temps consacrez-vous à ces activités ?	Heures : minutes <input type="text"/> : <input type="text"/> hrs mins	P3 (a-b)
4	Est-ce que votre travail implique des activités physiques d'intensité modérée, comme une marche rapide ou [soulever une charge légère] durant au moins 10 minutes d'affilée ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <i>Si Non, aller à P4</i>	P4
5	Habituellement, combien de jours par semaine effectuez-vous des activités physiques d'intensité modérée dans le cadre de votre travail ?	Nombre de jours : <input type="text"/>	P5
6	Lors d'une journée habituelle durant laquelle vous effectuez des activités physiques d'intensité modérée, combien de temps consacrez-vous à ces activités ?	Heures : minutes <input type="text"/> : <input type="text"/> hrs mins	P6 (a-b)
Se déplacer d'un endroit à l'autre			
<p>Les questions suivantes excluent les activités physiques dans le cadre de votre travail, que vous avez déjà mentionnées. Maintenant, je voudrais connaître votre façon habituelle de vous déplacer d'un endroit à l'autre ; par exemple pour aller au travail, faire des courses, aller au marché, aller à votre lieu consacré au culte.</p>			
7	Est-ce que vous effectuez des trajets d'au moins 10 minutes à pied ou à vélo ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <i>Si Non, aller à P4</i>	P7
8	Habituellement, combien de jours par semaine effectuez-vous des trajets d'au moins 10 minutes à pied ou à vélo ?	Nombre de jours : <input type="text"/>	P8
9	Lors d'une journée habituelle, combien de temps consacrez-vous à vos déplacements à pied ou à vélo ?	Heures : minutes <input type="text"/> : <input type="text"/> hrs mins	P9 (a-b)

Activités de loisirs

Les questions suivantes excluent les activités liées au travail et aux déplacements que vous avez déjà mentionnées. Maintenant, je souhaiterais vous poser des questions sur le sport, le fitness et les activités de loisirs.

10	Est-ce que vous pratiquez des sports, du fitness ou des activités de loisirs de forte intensité qui nécessitent une augmentation importante de la respiration ou du rythme cardiaque comme [courir ou jouer au football] pendant au moins dix minutes d'affilée ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <i>Si Non, aller à P4</i>	P10
11	Habituellement, combien de jours par semaine pratiquez-vous une activité sportive, du fitness ou d'autres activités de loisirs de forte intensité ?	Nombre de jours : <input type="text"/>	P11
12	Lors d'une journée habituelle, combien de temps y consacrez-vous ?	Heures : minutes <input type="text"/> : <input type="text"/> hrs mins	P12 (a-b)
13	Est-ce que vous pratiquez des sports, du fitness ou des activités de loisirs d'intensité modérée qui nécessitent une petite augmentation de la respiration ou du rythme cardiaque comme la marche rapide [faire du vélo, nager, jouer au volley] pendant au moins dix minutes d'affilée ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <i>Si Non, aller à P4</i>	P13
14	Habituellement, combien de jours par semaine pratiquez-vous une activité sportive, du fitness ou d'autres activités de loisirs d'intensité modérée ?	Nombre de jours : <input type="text"/>	P14
15	Lors d'une journée habituelle, combien de temps y consacrez-vous ?	Heures : minutes <input type="text"/> : <input type="text"/> hrs mins	P15 (a-b)

Comportement sédentaire

La question suivante concerne le temps passé en position assise ou couchée, au travail, à la maison, en déplacement, à rendre visite à des amis, et inclut le temps passé [assis devant un bureau, se déplacer en voiture, en bus, en train, à lire, jouer aux cartes ou à regarder la télévision] mais n'inclut pas le temps passé à dormir.

16	Combien de temps passez-vous en position assise ou couchée lors d'une journée habituelle ?	Heures : minutes <input type="text"/> : <input type="text"/> hrs mins	P16 (a-b)
----	--------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------	--------------

Fiche de renseignement médical

(À remplir par votre médecin)

Pathologie, hospitalisations et traitements

Hospitalisations ou interventions chirurgicales récentes :

Pathologie(s) et traitement(s) en cours :

Problèmes neurologiques et ostéo-musculo-articulaires

Douleurs particulières Oui Non

Blessures musculosquelettiques récentes Oui Non

Ostéoporose et autres ostéopathies fragilisantes Oui Non

Troubles musculosquelettiques ;
malformations ; arthrose ; arthrite ; ostéite ;
rachialgies ou lombalgie, etc. Oui Non

Troubles neurologiques (parésie, paralysie) et
conséquences neuro-orthopédiques Oui Non

États cutanés

Mal perforant plantaire ; escarres ; plaies chroniques, etc.

Oui Non

Zones à risque de lésion cutanée : troubles de la sensibilité cutanée, points d'appui ou de frottement (personnes en fauteuil ou marchant avec appareillage orthopédique (orthèse ou prothèse)

Oui Non

Sphère urodigestive : stomie ; incontinence urinaire d'effort, etc. pouvant justifier de conseils spécifiques à l'AP

Oui Non

Résultats des examens complémentaires antérieurs

Éléments à préciser impactant la pratique d'une activité physique sur :

Des examens récents, en particulier cardio-pulmonaires et musculosquelettiques

Des examens biologiques récents (dans l'année) : glycémie, HbA1c, CRP, bilan lipidique, clairance de la créatinine et autres examens de laboratoire anormaux

Autres précisions

Consultation médicale d'activité physique

(Par votre médecin)

Éléments nécessaires à la pratique d'une activité physique :

- Une **évaluation du niveau de risque cardio-vasculaire** du patient
- Un **examen physique complet**, en particulier cardio-vasculaire, respiratoire, cutané et de l'appareil locomoteur
- La rédaction d'un **certificat d'absence de contre-indication à la pratique d'une activité physique**
- Précision sur :
 - L'**activité physique choisie** avec le patient
 - Les **objectifs thérapeutiques** recherchés
 - Les **limitations ou précautions** en termes d'intensité (faible, modéré, élevée), de durée, de fréquence, d'environnement ou encore d'exercices