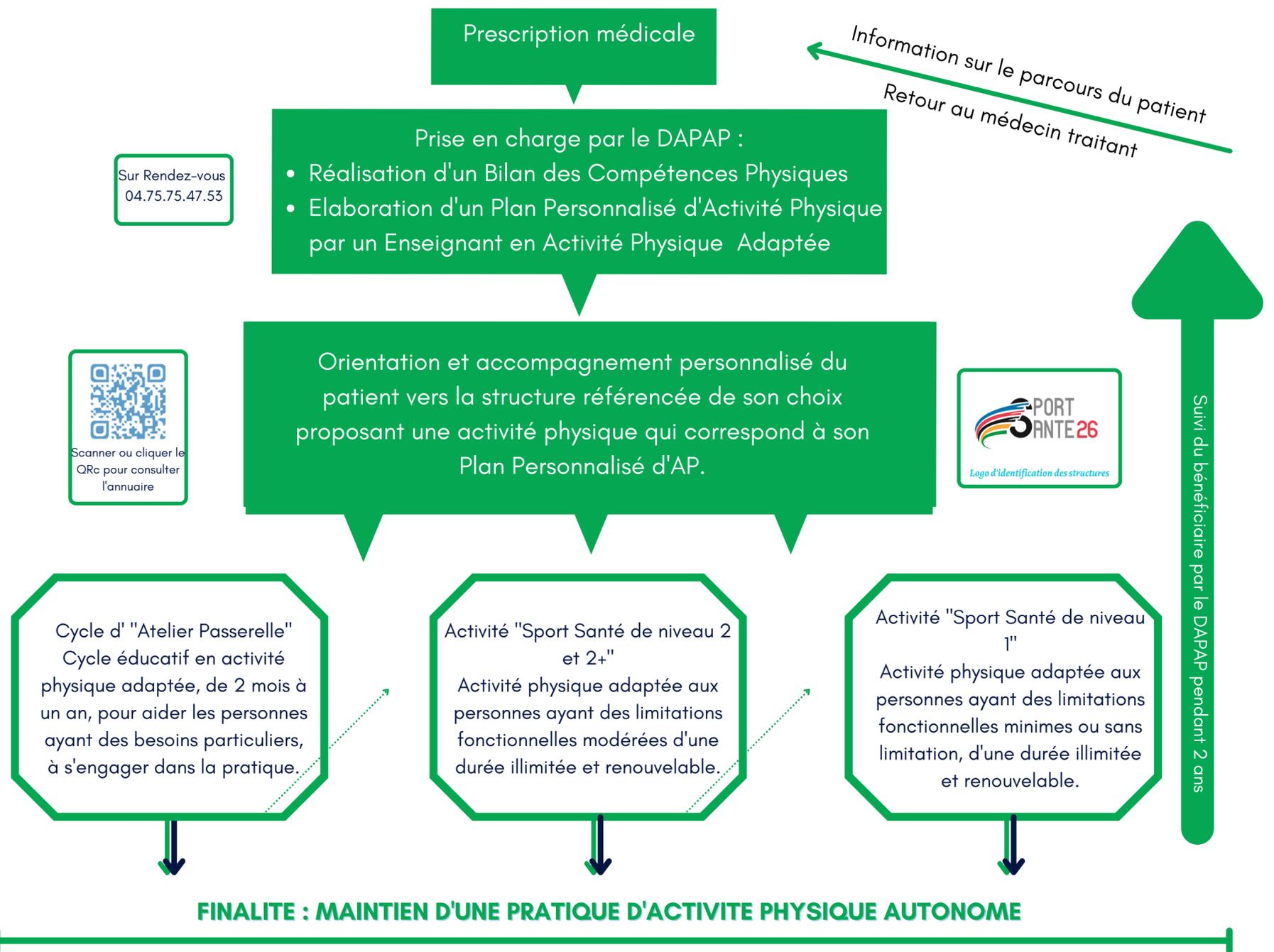


VOUS AVEZ UNE PRESCRIPTION POUR DE L'ACTIVITÉ PHYSIQUE ADAPTÉE

Voici la démarche à suivre auprès du Dispositif d'Accompagnement vers la Pratique d'Activité Physique (DAPAP). Il est porté par le Comité Départemental Olympique et Sportif de la Drôme et ces professionnels.

Il a pour mission d'accompagner les futurs pratiquants vers une reprise d'activité physique pour la santé et adaptée aux capacités, en les orientant vers des structures proposant des pratiques adaptées et de proximité. Ces structures sont référencées après approbation et spécifiquement approuvées par une commission de validation régionale réunissant les acteurs référents sur le territoire.

Comment cela fonctionne ?



Qui peut appeler ?

Vous êtes adultes OU enfants,

- Porteurs de maladies chroniques en ALD ET/OU
- Ayant plus de 70 ans ET/OU
- Présentant des facteurs de risque tel que une HTA, un syndrome métabolique, un IMC > 25 kg/m².

Le bilan APA et l'accompagnement DAPAP sont gratuits pour le bénéficiaire. Il n'y a pas de remboursement par l'Assurance Maladie des activités physiques. Toutefois des aides existent :

- Les activités physiques sont à la charge du patient et leur tarif dépend de l'activité choisie
- Pour les patients bénéficiaires de la CSS (ex CMU), les ateliers passerelles sont pris en charge à hauteur de 150€.
- Une participation de la CPAM sur son fonds d' Action Sanitaire et Sociale pourra également être étudiée en fonction des revenus de la personne.

FORMULAIRE DE PRESCRIPTION

(à remplir par le médecin renvoyer au DAPAP via MonSisra "CDOS26 DAPAP26" avec l'accord de votre patient ou à remettre au patient)

NOM :

PRENOM :

SPÉCIALITÉ :

N° RPPS :

Identification du patient

NOM :

PRENOM :

DATE DE NAISSANCE :

N° de SECURITE SOCIALE :

ADRESSE :

E-MAIL :

N° de TELEPHONE :

Nom et prénom du médecin traitant:

Si différent du prescripteur

Date :

Informations et recommandations complémentaires à transmettre aux professionnels du DAPAP :

Je soussigné Dr

Atteste avoir bien informé le patient et avoir obtenu son accord pour communiquer ses coordonnées personnelles au DAPAP et recevoir les documents de son suivi d'activité physique* par (choix du canal de communication) :

Signature du Médecin

Messagerie Sécurisée - Courrier - Entretien téléphonique

Entourer le canal choisi -- Préciser l'adresse postale et/ou le mail et/ou le n° de téléphone :

*Les données à caractère personnel relatives à la santé physique ou mentale d'une personne physique, y compris la prestation de services de soins de santé, qui révèlent des informations sur l'état de santé de cette personne suivent la réglementation applicable à la protection des données personnelles et en particulier le Règlement (UE) 2016/679 du Parlement Européen et du Conseil du 27 avril 2016 relatif à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données personnelles et à la libre circulation de ces données (règlement général sur la protection des données) ainsi que la loi Informatique et liberté modifiée.