

## ACTIVITE PHYSIQUE THERAPEUTIQUE (ATP) : Demande de bilan

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_  
 Date de naissance : \_\_\_\_\_  
 Date du bilan : \_\_\_\_\_

### SITUATION

- Ancien sportif  
 Bonne santé, actif  
 Bonne santé, sédentaire  
 Etat morbide limitant l'ATP ou contre indiquant certaines activités

.....  
 .....

### ANTECEDENTS SIGNIFICATIFS

### FACTEURS DE RISQUE

- HTA  
 Tabac  Actif  Sévère -3 ans  
 Dyslipidémie  
 Diabète  
 Prédiabète

### PREVENTION

- Primaire  Secondaire

### STATUT CLINIQUE

Poids : \_\_\_\_\_ kg    Taille : \_\_\_\_\_ cm    IMC : \_\_\_\_\_    PA : \_\_\_\_\_ cm

	<b>O</b>	<b>N</b>	<b>NSP</b>
Cardiopathie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Artériopathie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dyspnée	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Limitation articulaire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Limitation autre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### STATUT PARACLINIQUE

	<b>AVANT</b>
Glycémie à jeun	_____ g/l
Hémoglobine glyquée	_____ %
HDL-C	_____ g/l
LDL-C	_____ g/l
Triglycérides	_____ g/l
TA repos	_____ / _____

### TRAITEMENT EN COURS