

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

	O	N	NSP
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

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

TRAITEMENT EN COURS