

Pass'Sport Carnet de suivi



SPORT SANTE



Centre-Val de Loire

Votre Identité

Cet outil permet de faire la liaison entre le professionnel de la santé et l'éducateur sportif. Il vous suivra tout au long de votre parcours en activité physique.

NOM :

PRÉNOM :

DATE DE NAISSANCE : / /

ADRESSE :

.....

CODE POSTAL : VILLE :

TÉLÉPHONE :

MAIL :

@.....

MÉDECIN TRAITANT :

.....

KINÉSITHÉRAPEUTE :

.....

STRUCTURE SPORTIVE :

.....



Sommaire

ρ. 2 **Votre Identité**

ρ. 4 **Définition**

ρ. 5 **INFOS GÉNÉRALES**

- ♦ Les bienfaits de l'activité physique et sportive
- ♦ Parcours Sport Santé

ρ. 8 **DIAGNOSTIC**

- ♦ Formulaire de prescription médicale
- ♦ Autodiagnostic initial
- ♦ Bilan médico-sportif initial

ρ. 12 **PROJET SPORTIF**

ρ. 15 **BILAN DU CYCLE**

- ♦ Autodiagnostic
- ♦ Bilan médico-sportif

ρ. 18 **Commentaires/Informations**

ρ. 19 **Préconisations**



Définition



Sport BIEN-ÊTRE

Sport pour prévenir
Sport comme lien social
Sport contre la sédentarité

Sport SANTÉ

Sport pour soigner
Sport pour accompagner
un traitement

« L'Organisation Mondiale de la Santé
préconise, pour une bonne santé, une
activité physique modérée quotidienne »



30 min pour
les adultes

1h pour les enfants
et les seniors



Infos générales



- ◆ Les bienfaits de l'activité physique et sportive
- ◆ Parcours Sport Santé

Les Bienfaits



de l'activité physique et sportive

Coeur Vaisseaux

- ♦ **Diminue** le risque d'accident cardiaque
- ♦ **Diminue** le risque d'accident vasculaire cérébral

Poumons

- ♦ **Améliore** la respiration et aide à l'arrêt du Tabac

Métabolisme

- ♦ **Baisse** le taux de sucre et des graisses dans le sang

Muscles, tendons, os

- ♦ **Préserve** les muscles et la souplesse des tendons
- ♦ **Diminue** le risque d'ostéoporose

Psychisme

- ♦ **Diminue** le stress
- ♦ **Améliore** le moral et la confiance en soi

Cancer

- ♦ **Diminue** le risque de cancer (sein - colon - prostate - utérus)

Age

- ♦ **Augmente** l'espérance de vie dans de meilleures conditions

Parcours Sport Santé

Personne atteinte
d'une pathologie
chronique

Personne qui souhaite
rester en bonne
santé

Professionnels de la santé

*Elaboration du parcours
avec le patient*

Préscription par le médecin

Annuaire Sport Santé

www.sport-sante-centrevaldeloire.fr

Intégrer une structure sportive

Une association

Un professionnel

*Des séances proposées
par la mairie*



Diagnostic



- ◆ Formulaire de prescription médicale
- ◆ Autodiagnostic initial
- ◆ Bilan médico-sportif initial

Formulaire

A remplir par
le médecin

de prescription

à la pratique d'une **Activité Physique et/ou Sportive Adaptée, Régulière, Sécurisante, Encadrée et Progressive**

Je prescris une activité physique et/ou sportive adaptée, pendant semaines / séances (rayer la mention inutile) à adapter en fonction de l'évolution des aptitudes du patient.

Précisez ci-dessous les **RECOMMANDATIONS MÉDICALES** à l'attention des Educateurs Sportifs (champ obligatoire et à remplir)

Types de mouvements limités en

- Amplitude Vitesse Charge Posture

Types d'efforts limités sur le plan

- Musculaire Cardio-vasculaire Respiratoire

Capacités à l'effort limitées en

- Endurance (longue et peu intense) Résistance Vitesse (brève et intense)

Capacités incompatibles avec

- Une pratique en hauteur Le milieu aquatique Des conditions atmosphériques particulières (à préciser)

Autres **PRÉCAUTIONS et/ou PRÉCONISATIONS** (conseils) dans les Activités Physiques pratiquées ci-dessus :

.....
.....
.....

Cachet du Médecin (obligatoire)

Fait à.....
le.....

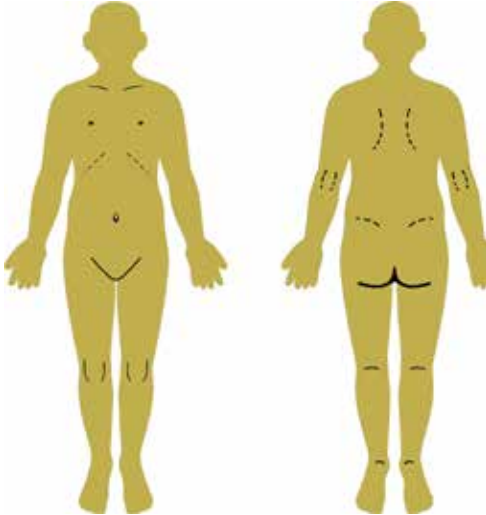
Signature du Médecin

Autodiagnostic initial

A remplir par
le patient



Identifiez vos douleurs



AUTRES DOULEURS

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

VOS PRATIQUES ACTUELLES / QUOTIDIENNES

Nombre de pas : _____ Temps de marche : _____

Déplacement quotidien : Marche Vélo Transport en commun Voiture
 Autre _____

Pratique sportive : Jamais Occasionnelle Régulière Précisez:

VOS ATTENTES

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

VOTRE ANTÉRIORITÉ DE SPORTIF

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

FREINS

- Motivation
- Peur de ne pas suivre le rythme
- Peur de se blesser
- Regard des autres
- Coût
- Horaires
- Lieu de pratique
- Disponibilité de temps

AUTRES :

.....
.....

Bilan médico-sportif initial

A remplir par
l'éducateur

Votre état de forme    

Lieu de réalisation du bilan :

Date : Par :

- Activité extérieure Activité intérieure Activité aquatique

BILAN PHYSIQUE

Tonicité (ex : s'asseoir et se lever sans les mains)

0 | _____ | 5

Souplesse (ex : étirement jambes tendues)

0 | _____ | 5

Endurance (ex : 6 min de marche)

0 | _____ | 5

Dextérité (ex : marcher sur une ligne)

0 | _____ | 5

COMMENTAIRES

.....
.....
.....
.....
.....

Projet Sportif

A remplir par
le patient




Identification de la structure sportive

Nom de la structure Discipline








Contact téléphonique

Mail

Lieu de pratique

DATES	CONTENU, DURÉE, REMARQUES...	SENSATION, MESURES
1		 Fréquence cardiaque, glycémie, etc. :
2		 Fréquence cardiaque, glycémie, etc. :
3		 Fréquence cardiaque, glycémie, etc. :
4		 Fréquence cardiaque, glycémie, etc. :
5		 Fréquence cardiaque, glycémie, etc. :

Projet Sportif

DATES	CONTENU, DURÉE, REMARQUES...	SENSATION, MESURES
6		 Fréquence cardiaque, glycémie, etc. :
7		 Fréquence cardiaque, glycémie, etc. :
8		 Fréquence cardiaque, glycémie, etc. :
9		 Fréquence cardiaque, glycémie, etc. :
10		 Fréquence cardiaque, glycémie, etc. :
11		 Fréquence cardiaque, glycémie, etc. :
12		 Fréquence cardiaque, glycémie, etc. :

Projet Sportif

DATES	CONTENU, DURÉE, REMARQUES...	SENSATION, MESURES
13		 Fréquence cardiaque, glycémie, etc. :
14		 Fréquence cardiaque, glycémie, etc. :
15		 Fréquence cardiaque, glycémie, etc. :
16		 Fréquence cardiaque, glycémie, etc. :
17		 Fréquence cardiaque, glycémie, etc. :
18		 Fréquence cardiaque, glycémie, etc. :
19		 Fréquence cardiaque, glycémie, etc. :



Bilan du cycle



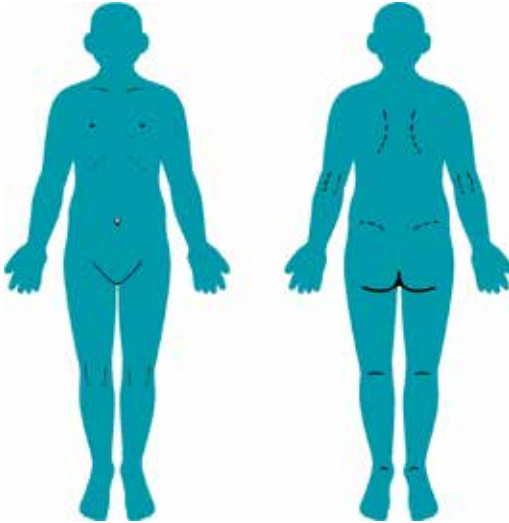
- ◆ Autodiagnostic
- ◆ Bilan médico-sportif

Autodiagnostic

A remplir par
le patient



Identifiez vos douleurs



AUTRES DOULEURS

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

VOS PRATIQUES ACTUELLES / QUOTIDIENNES

Nombre de pas : _____ Temps de marche : _____

Déplacement quotidien : Marche Vélo Transport en commun Voiture
 Autre _____

Pratique sportive : Jamais Occasionnelle Régulière Précisez:

VOTRE BILAN

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

VOS PROJETS

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

FREINS

- Motivation
- Peur de ne pas suivre le rythme
- Peur de se blesser
- Regard des autres
- Coût
- Horaires
- Lieu de pratique
- Disponibilité de temps

AUTRES :

.....

.....

Bilan médico-sportif

A remplir par
l'éducateur

Votre état de forme



Lieu de réalisation du bilan :

Date : Par :

BILAN PHYSIQUE

Tonicité (ex : s'asseoir et se lever sans les mains)



Souplesse (ex : étirement jambes tendues)



Endurance (ex : 6 min de marche)



Dextérité (ex : marcher sur une ligne)



BILAN MÉDICAL

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

COMMENTAIRES

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Commentaires



Handwriting practice area consisting of ten horizontal dotted lines.

Informations locales

A large empty rectangular box with a rounded border, intended for local information.

Du sport, oui

Mais pas n'importe comment !

Recommandations édictées par l'Association Française des Cardiologues du Sport

- 1 Je signale à mon médecin toute douleur dans la poitrine ou essoufflement anormal survenant à l'effort
- 2 Je signale à mon médecin toute palpitation cardiaque survenant à l'effort ou juste après l'effort
- 3 Je signale à mon médecin tout malaise survenant à l'effort ou juste après l'effort
- 4 Je respecte toujours un échauffement et une récupération de 10 min lors de mes activités sportives
- 5 Je bois 3 à 4 gorgées d'eau toutes les 30 min d'exercice à l'entraînement comme en compétition
- 6 J'évite les activités intenses par des températures extérieures - 5° ou + 30° et lors des pics de pollution
- 7 Je ne fume jamais 1 heure avant ni 2 heures après une pratique sportive
- 8 Je ne consomme jamais de substance dopante et j'évite l'automédication en général
- 9 Je ne fais pas de sport intense si j'ai de la fièvre, ni dans les 8 jours qui suivent un épisode grippal (fièvre + courbatures)
- 10 Je pratique un bilan médical avant de reprendre une activité sportive intense si j'ai plus de 35 ans pour les hommes et 45 ans pour les femmes

Document réalisé par :



DRDJSCS Centre-Val de Loire, Loiret

Direction régionale et départementale
de la jeunesse, des sports et de la cohésion sociale

Avec le soutien de :



Structures partenaires



Retrouvez toutes les structures reconnues et adhérant à la Charte Sport Santé sur :

www.sport-sante-centrevalde Loire.fr