****  **Unité Mobile d’éducation thérapeutique**

**de diabétologie**

Prescription d’activité physique/sportive pour patient diabétique

Date : Tél :

Nom Prénom du patient :

Le patient est à :

* **A haut risque cardio vasculaire : 3 facteurs de risques parmi les suivants**
1. **Age**

 -homme de 50 ans ou plus [ ]
 -femme de 60 ans ou plus [ ]

1. **Antécédents familiaux de maladie coronaire précoce** [ ]
2. **Tabagisme actuel ou arrêté depuis moins de 3 ans** [ ]
3. **HTA permanente traitée ou non** [ ]
4. **Diabète de type 2 traité ou non** [ ]
5. **Hypercholestérolémie** [ ]
6. **Antécédents d’évènements cardiovasculaires** [ ]
7. **Rétinopathie** [ ]
8. **Néphropathie** [ ]
9. **Neuropathie** [ ]
10. **Obésité** [ ]

**Nécessité d’une épreuve d’effort** [ ]

Je certifie que le patient a suivi une épreuve d’effort d’une validité de moins de deux ans. [ ]

* **A faible risque**
1. **Diabète type 1/2/gestationnel :** [ ]
2. **Obésité/surpoids :** [ ]

**Activités :**

1. **Marche** [ ]
2. **Cardio** [ ]
3. **Renforcement musculaire** [ ]
4. **Aqua thérapie** [ ]
5. **Circuit training** [ ]

**Risque du patient :**

**Signature et tampon du prescripteur**