****  **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**