



Cher Docteur,

Adaptavie inc. est un organisme sans but lucratif, qui offre de l'activité physique adaptée à près de 770 personnes vivant avec une déficience physique ou intellectuelle de la région de la Capitale-Nationale.

Nos activités se divisent en trois volets : le conditionnement physique (conditionnement physique individuel à l'aide d'appareils d'entraînement aérobique et de musculation), les activités aquatiques (cours de natation, aquaforme, bains libres) et les sports (hockey cosom, athlétisme, basket-ball en fauteuil roulant, goalball, rugby en fauteuil roulant, etc.).

Ces programmes s'adressent aux personnes de tous les âges ayant une déficience physique ou intellectuelle désireuses de maintenir et améliorer leur condition physique.

Afin d'aider notre équipe de spécialistes dans leurs interventions et d'assurer un travail fait en toute sécurité pour nos clients, nous vous demandons de bien vouloir compléter cette fiche de santé. Celle-ci nous permettra de prescrire des programmes adaptés aux capacités et limites de chacun de nos participants. C'est pourquoi il est très important de remplir toute la fiche santé en nous spécifiant les limites et les restrictions de la personne.

Si vous désirez plus de renseignements, n'hésitez pas à nous contacter. Nous vous remercions de votre bonne collaboration et soyez assuré que votre aide nous est essentielle.

Nous vous prions d'accepter, cher Docteur, l'assurance de notre considération la plus distinguée.

L'équipe d'Adaptavie

FICHE DE SANTÉ

IDENTIFICATION DU CLIENT

NOM _____ PRÉNOM _____

DATE DE NAISSANCE _____ TÉLÉPHONE _____

ADRESSE _____

VILLE _____ CODE POSTAL _____

À REMPLIR PAR LE MÉDECIN TRAITANT

Lettres moulées S.V.P.

DIAGNOSTIC(S) _____

Cette condition est PERMANENTE NON-PERMANENTE

ANTÉCÉDENTS MÉDICAUX

Hypertension artérielle AVC Diabète (type : ____)

Angor Dyslipidémie MPOC : _____

Infarctus Épilepsie Hépatite : _____

Incontinence urinaire Incontinence fécale

Autre: _____

ALLERGIES

MÉDICATION ACTUELLE

AUTONOMIE FONCTIONNELLE

(Précisez ce qui peut porter atteinte à l'autonomie fonctionnelle ex.: incontinence, problèmes articulo-musculaires, communication, mobilité, troubles comportementaux, etc.)

RESTRICTIONS

- Le client n'a aucune restriction à faire de l'activité physique d'intensité élevée.
- Certaines restrictions doivent être respectées. Précisez :

Jugeriez-vous pertinent que ce client passe un test d'effort adapté (évaluation de la capacité cardio-respiratoire) sous supervision médicale ? Ce service, couvert par la RAMQ, est offert à l'Institut de réadaptation en déficience physique de Québec (IRDPQ), en partenariat avec Adaptavie inc.

OUI NON

Nom du médecin (lettres moulées) _____

Nom de la clinique médicale _____

Téléphone _____

SIGNATURE DU MÉDECIN _____

DATE _____