



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

- |  |  |   |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Hypertension artérielle | <input type="checkbox"/> AVC                 | <input type="checkbox"/> Diabète (type : ____ ) |
| <input type="checkbox"/> Angor                   | <input type="checkbox"/> Dyslipidémie        | <input type="checkbox"/> MPOC : _____           |
| <input type="checkbox"/> Infarctus               | <input type="checkbox"/> Épilepsie           | <input type="checkbox"/> Hépatite : _____       |
| <input type="checkbox"/> Incontinence urinaire   | <input type="checkbox"/> Incontinence fécale |   |
| <input type="checkbox"/> 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** \_\_\_\_\_