

Indication

- Prévention primaire ou secondaire des maladies cardiovasculaires stabilisées
- Diabète
- Obésité (bmi supérieur à 30)
- Syndrome métabolique
- Hypertension artérielle stabilisée
- Insomnie chronique
- Post-infarctus non récent
- Ostéoporose
- Arthrose
- Reconditionnement après traitement du cancer
- Maladie neurologique chronique
- Autres

Le bien-être au quotidien

Exercices tout en douceur



FAIRE DE L'ACTIVITÉ PHYSIQUE AVEC UNE MALADIE CHRONIQUE ?

C'est POSSIBLE !



Pourquoi choisir entre l'activité physique et le plaisir ?

Prenez les deux !
C'est **gratuit** grâce au PACT

LA LOUVIERE - BINCHE - MORLANWELZ



À vos côtés pour des soins intégrés

L'Activité Physique Adaptée, à la différence du «sport» qui se rattache à la performance et la compétition, ce sont des exercices en **douceur selon vos besoins et vos capacités.**

Intéressé(e) par l'Activité Physique Adaptée ?
▼ Voici comment faire :

1. Allez avec ce document auprès de votre médecin généraliste.
2. Il prescrit l'activité physique adaptée au moyen du document.
3. Rendez-vous sur le site pactsante.be pour prendre connaissance de nos prestataires d'APA.
4. Prendre rendez-vous et remettez la prescription au prestataire de votre choix.

D'autres **activités gratuites** existent, rejoignez-nous sur facebook.com/pactsante.be

▼ **Des questions ?**

info@pactsante.be

▼ Avec la participation de



Je soussigné(e).....

Docteur en médecine, certifiée avoir examiné ce jour,
Mr/Mme.....

À la date de ce jour, je n'ai pas constaté de signes cliniques apparents contre-indiquant la pratique d'activité adaptée.

Remarque :.....

Je prescris une activité physique adaptée pendant

- ▶ 3 mois (Reconductible)
- ▶ 6 mois
- ▶ A adapter en fonction de l'évolution des aptitudes

Le bilan multidisciplinaire réalisé par le PACT me sera communiqué : (Choisir les préférences)

- par courrier
- par mail
- par téléphone
- via le RSW

Certificat établi à la demande de l'intéressé(e) et remis en main propre pour faire valoir dans le cadre du projet PACT.

Fait à..... le.....

Cachet du médecin

Date et signature