



**Objet :** La CPTS du Trégor propose aux personnes suite à une intervention en chirurgie bariatrique résidant sur le territoire du Trégor (voir carte) de bénéficier d'un accompagnement personnalisé **(sous conditions)**.

**Date de la demande :** .....

**Coordonnées de la personne**

Nom : ..... Sexe :  F  H  
Prénom ..... Date de naissance.....  
Tél. : ..... Mail : .....  
Adresse postale.....

Je suis informée et j'accepte le partage d'informations entre les professionnels afin d'adapter mon parcours d'accompagnement

Je souhaite participer à des activités collectives (marche, groupe de paroles, activités physiques..) me permettant de rencontrer d'autres personnes ayant une expérience similaire.

Je verse une contribution de 5 € par séances obligatoires soit 30 €. Cette somme sera reversée au collectif les soleils du Trégor pour permettre l'organisation d'activités collectives. Cette somme est versée par tous les moyens possibles (chèque à l'ordre du GPS, espèces, carte bancaire via le Qcode ou :



*Prescription (cochez le ou les accompagnements demandés) :*

**LE MEDECIN APRES ECHANGE AVEC LE PATIENT**

**DECIDE DU FORMAT DE L'ACCOMPAGNEMENT (il peut évoluer au fil du temps)**

**Obligatoirement tous les 6 mois :**

**1 séance de consultation de diététique**

**1 séance de soutien psychologique**

**1 séance d'activités physiques adaptées**

**Activité Physique Adaptée (A.P.A.)** : merci de faire compléter la prescription APA ci-joint.

Nombre de séances :

- 1
- 2
- 3
- 4
- 5
- 6
- 7
- 8
- 9
- 10
- 11
- 12

**Prise en charge diététique**  
Nombre de séances :

- 1
- 2
- 3
- 4
- 5
- 6
- 7
- 8
- 9
- 10
- 11
- 12

**Soutien psychologique**  
Nombre de séances :

- 1
- 2
- 3
- 4
- 5
- 6
- 7
- 8
- 9
- 10
- 11
- 12

Engagements personnels :

.....

Signature du patient

Signature du médecin

Envoyez le formulaire à CPTS du Trégor 16 rue du sergent I heverder 22700 Perros Guirec –  
Ou à retourner à l'adresse mél : [coordination@gps-cgr.org](mailto:coordination@gps-cgr.org) – informations au 06 72 43 16 19

# Prescription d'activité physique adaptée

avoir constaté que son état de santé actuel **autorise la pratique des activités physiques sans adaptation**

**Autorise la pratique des activités physiques avec des limitations en termes de :**

charge : .....

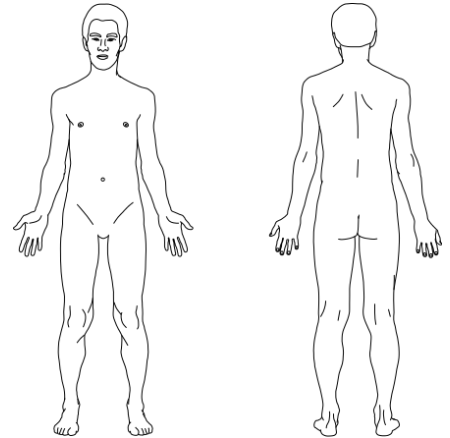
vitesse : .....

de posture .....

d'intensité de l'effort .....

en durée .....

réalisation d'activités en milieu aquatique



*Figure 1 : Indiquer sur ce schéma la localisation des limitations par une flèche*

Autres précisions pouvant aider l'enseignant, l'éducateur, l'animateur ou la prise en charge en APA :

.....

✓ **Demande une prise en charge en Activité Physique Adaptée dans le cadre du projet et autorise la réalisation des tests d'évaluation de l'état physique par l'enseignant APA.**

Fait à .....,  
Le .

*Signature et Cachet médical*

Envoyez le formulaire à CPTS du Trégor 16 rue du sergent I heverder 22700 Perros Guirec –  
Ou à retourner à l'adresse mél : [coordination@gps-cgr.org](mailto:coordination@gps-cgr.org) – informations au 06 72 43 16 19