

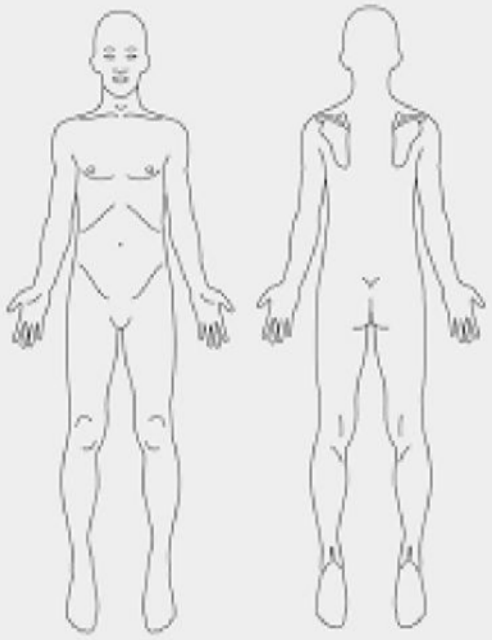


PROTÉGÉ A (une fois rempli)

## Formulaire d'admission Programme de conditionnement physique adapté

Date : \_\_\_\_\_

Tous les renseignements sont fournis à titre volontaire. Je comprends que je ne suis pas obligé de divulguer toute information médicale à un spécialiste du conditionnement physique. Initiales : \_\_\_\_\_

<b>RENSEIGNEMENTS SUR LE MILITAIRE</b>	Grade et nom :		Numéro matricule :		
	N° de telephone :		Âge :	Sexe :	
	Adresse électronique de préférence :		Fournisseurs de soins de santé :  <input type="checkbox"/> Médecin militaire/adjoint au médecin :  <input type="checkbox"/> Physiothérapeute :  <input type="checkbox"/> Autre :		
	Poste/métier :				
	Unité :				
	Grade et nom du superviseur :				
<b>POINTS PRÉOCCUPANTS</b>	<b>①</b> <input type="checkbox"/> côté gauche <input type="checkbox"/> côté droit  <input type="checkbox"/> cou <input type="checkbox"/> épaule <input type="checkbox"/> haut du dos <input type="checkbox"/> bas du dos <input type="checkbox"/> hanche <input type="checkbox"/> genou <input type="checkbox"/> cheville <input type="checkbox"/> autre : _____ _____				
	<b>②</b> <input type="checkbox"/> côté gauche <input type="checkbox"/> côté droit  <input type="checkbox"/> cou <input type="checkbox"/> épaule <input type="checkbox"/> haut du dos <input type="checkbox"/> bas du dos <input type="checkbox"/> hanche <input type="checkbox"/> genou <input type="checkbox"/> cheville <input type="checkbox"/> autre : _____ _____				
<b>ANTÉCÉDENTS DE MALADIE / BLESSURE</b>	Comment et quand l'incident s'est-il produit?				

PROTÉGÉ A (une fois rempli)

1 de 2

RESTRICTIONS	Quelles activités votre fournisseur de soins de santé vous a-t-il conseillé d'éviter? (y compris les éléments ne figurant pas sur votre note médicale)		
	Au travail :	À domicile :	Pendant les séances d'exercice :
ACTIVITÉ PHYSIQUE ACTUELLE	Quels exercices effectuez-vous actuellement et sur une base régulière? Veuillez tous les énumérer.		
	Exercice prescrit par le physiothérapeute :	Exercices cardio :	Exercices de force :
DISPONIBILITÉ	Veuillez inscrire vos disponibilités, sachant que nous ne sommes pas toujours en mesure de répondre à vos préférences.		
	<p>Matin    <input type="checkbox"/>Lun    <input type="checkbox"/>Mar    <input type="checkbox"/>Mer    <input type="checkbox"/>Jeu    <input type="checkbox"/>Ven    Heure : _____</p> <p>Après-midi    <input type="checkbox"/>Lun    <input type="checkbox"/>Mar    <input type="checkbox"/>Mer    <input type="checkbox"/>Jeu    <input type="checkbox"/>Ven    Heure : _____</p>		
OBJECTIF PRINCIPAL	Veuillez déterminer votre objectif principal (p. ex. résultat FORCE, gestion du poids, réalisation d'activités quotidiennes sans douleur, etc.).		
AUTRES PROGRAMMES ET SERVICES	Avez-vous de l'intérêt à connaître les programmes et services offerts par :		
	<input type="checkbox"/> Sans limites <input type="checkbox"/> Promotion de la santé <input type="checkbox"/> Loisirs <input type="checkbox"/> Sports		
★Réservé au personnel des PSP AUTRES REMARQUES	Commentaires/remarques :		
	Évaluations :		
	Programme recommandé :		
★Réservé au personnel des PSP PERSONNE AYANT TRAITÉ LE FORMULAIRE	Nom :	Poste :	
	Signature :	Date :	