|  |  |
| --- | --- |
| **Identité** | |
| Nom |  |
| Prénom |  |
| Adresse |  |
| NPA/Lieu |  |
| Date de naissance |  |
| Téléphone privé |  |
| Employeur |  |
| NPA/Lieu |  |
| Téléphone prof. |  |
| Assureur |  |
| N° d'ass./acc. |  |

|  |
| --- |
|  |

|  |
| --- |
| **Diagnostic** |
| notification séparée au médecin-conseil selon LaMal |
|  |

maladie  accident  invalidité

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Traitement physiothérapeutique proposé (à remplir par le médecin):** | | | | | |
|  | | | | | |
| ordonnance: | première | deuxième | troisième | quatrième | traitement de longue durée |

# But du traitement:

Analgésie/anti-inflammatoire

Amélioration de la fonction articulaire

Amélioration de la fonction musculaire

Proprioception/coordination

Amélioration de la fonction cardio-pulmonaire

Amélioration de la fonction circulatoire

Autres:

But particulier

Bandages (Tape)

Instruction**Mesures physiothérapeutiques:**

(à compléter par le médecin s'il le désire)

**Physiothérapie complexe pour :**

**Education thérapeutique et Activité physique adaptée en vue d'un renforcement musculaire, d'un réentraînement de l'équilibre**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Nombre de traitements: **8** | Traitement à domicile | 2 traitements par jour | Contrôle médical après  traitements |
| Location d'appareils: | | | |

En accord avec le médecin, le/la physiothérapeute peut choisir ou modifier les moyens et méthodes pour atteindre au mieux le but du traitement.

**Médecin (Timbre): N° CSCM:**

Date:  Signature:

**Physiothérapeute (Timbre CSCM):**

Date:  Signature:

|  |  |
| --- | --- |
| Remarques: | **8 séances sur 6 mois** |