|  |
| --- |
| **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 |
|  |

[x]  maladie [ ]  accident [ ]  invalidité

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

# But du traitement:

[ ]  Analgésie/anti-inflammatoire

[x]  Amélioration de la fonction articulaire

[x]  Amélioration de la fonction musculaire

[x]  Proprioception/coordination

[ ]  Amélioration de la fonction cardio-pulmonaire

[ ]  Amélioration de la fonction circulatoire

[ ]  Autres:

[ ]  But particulier

[ ]  Bandages (Tape)

[x]  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** | [x]  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** |