

Prescription de Physiothérapie

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

Nombre de traitements: _____

Traitement à domicile

2 traitements par jour

Contrôle médical après _____

traitements

Location d'appareils: _____

Mesures physiothérapeutiques:

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

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.: _____

Physiothérapeute (Timbre CSCM):

Date: _____

Signature: _____

Date: _____

Signature: _____

Remarques: _____