

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: _____

