

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

Mesures physiothérapeutiques:

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

Nombre de traitements: 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:

Physiothérapeute (Timbre CSCM):

Date: Signature:

Date: Signature:

Remarques: