|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| |  |  | | --- | --- | | **PRESCRIPTION DE**  **PHYSIOTHÉRAPIE PÉDIATRIQUE** | | |  |  | | **Données relatives au patient** | | | Nom |  | | Prénom |  | | Adresse |  | | NPA/Localité |  | | Date de naissance |  | | Tél. privé |  | | Tél. prof. (parents) |  | | Tél. mobile |  | | Assureur |  | | N° d’ass./acc. |  | |  |  |
|  | |  |  |  | | --- | --- | --- | |  | | | | **Diagnostic** | | | | Notification séparée au médecin conseil | | | |  | | | | Maladie | Accident | Invalidité | |
| **Traitement de physiothérapie pédiatrique proposé (à remplir par le médecin)** | | |
| |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | | |  | | --- | | **But/s du traitement** | | Bilan physiothérapeutique | | Stimulation globale du développement, stimulation sensori-motrice | | Proprioception/coordination | | Amélioration de la fonction articulaire d’un/de plusieurs membre/s | | Amélioration de la fonction d’un/de plusieurs groupes musculaires | | Analgésie/action anti-inflammatoire | | Gymnastique posturale | | Amélioration de la fonction cardio-pulmonaire | | Amélioration de la fonction du système lymphatique | | Choix et adaptation de moyens auxiliaires | | Instructions aux parents/à l’entourage | | Autres | | |  | | --- | | **Moyens physiothérapeutiques** (à compléter par le médecin s’il le désire) | | |  | | --- | |  | | |  | | --- | | Affection pulmonaire chronique (7351) | | Affection systémique ou évolutive du système de squelette ou du système musculo-squelettique (7351) | | Lésions ou malformations du système nerveux central (7351) | | retard sensorimoteur et/ou déficit cognitif | | | | | | |
| |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | | Nombre de traitements |  | Traitement à domicile | | 2 traitements par jour | | | Ordonnance | première | deuxième | troisième | quatrième | Traitement de longue durée | | | |
|  | | |
| |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | | Contrôle médical après |  | traitements | Location d’appareils | | Prière de prendre contact | avant | en cours | à la fin du traitement / Évaluation | | | |
| **En accord avec le médecin, le 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 | | |
|  | | |