

## 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:

---



---



---