



PRESCRIPTION DE PHYSIOTHÉRAPIE PÉDIATRIQUE

Données relatives au patient

Nom	
Prénom	
Adresse	
NPA/Localité	
Date de naissance	
Tél. privé	
Tél. prof. (parents)	
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
- Choix et adaptation de moyens auxiliaires
- Instructions aux parents/à l'entourage
- Autres

Moyens physiothérapeutiques

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

Le médecin est d'avis qu'il s'agit d'un handicap chronique ou à risque de chronicité.

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

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