

PRESCRIPTION DE PHYSIOTHÉRAPIE

www.aspi-svfp.ch

PATIENT : Nom /prénom

Date de naissance :

Région à traiter :

Médecin : Timbre/Signature/N° RCC/GLN

Date :

TRAITEMENT PHYSIOTHÉRAPEUTIQUE

Nombre de séances

☐ maladie ☐ accident ☐ invalidité

☐ traitement à domicile

☐ rééducation en piscine

☐ traitement en groupe

But/s du traitement

- ☐ Antalgique / anti-inflammatoire
- ☐ Amélioration de la fonction articulaire
- ☐ Amélioration de la fonction musculaire
- ☐ Proprioception / coordination
- ☐ Amélioration de la fonction cardio-respiratoire
- ☐ Amélioration de la fonction circulatoire
- ☐ Autre :

Moyens/méthodes

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Sauf avis contraire du médecin, le physiothérapeute peut choisir ou modifier les moyens et méthodes pour atteindre au mieux le but du traitement.

Le traitement doit commencer au plus tard 5 semaines après la date de cette prescription.

Diagnostic/s et indications confidentielles restant en possession du physiothérapeute :

Prochaine consultation le :

Prière de prendre contact

☐ avant

☐ en cours

☐ à la fin du traitement