



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