

# PRESCRIPTION DE KINESITHERAPIE

Vignette de l'O.A.

Nom et Prénom (à remplir par le prescripteur)

.....

Prescription pour un traitement de kiné à commencer dans les 60 jours de la présente **OU** à partir du ...../...../.....

Examen consultatif       Demande rapport écrit

**Diagnostic et/ou localisation des lésions:**

.....  
.....

**Nombre de séances :** .....

**Le cas échéant, veuillez cocher la case adéquate**

Le patient ne peut quitter son domicile pour des raisons médicales ou sociales

Nécessité d'une 2ème séance par jour

**Intervention chirurgicale**

Orthopédie    Mammectomie/Tumorectomie    Réanimation

Code: .....N..... -      Date: ...../...../.....

Code: .....N..... -      Date: ...../...../.....

Neurologie

Code: .....K..... -      Date: ...../...../.....

Code: .....K..... -      Date: ...../...../.....

**Service d'admission**

Soins intensifs    néonatal (n)    Néonatal (N)

**Indications ou conseils de traitement complémentaires :**

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

Cachet du prescripteur

Date

...../...../.....

Signature

.....