

Date _____ Kinésithérapeute _____

Mail _____ Téléphone _____

Patient _____ Sexe : F / M

Date de naissance _____ Âge _____

DIAGNOSTIC KINESITHERAPIQUE

Précisez les autres atteintes éventuelles

REEDUCATION

Techniques utilisées - Généralités

Résultats obtenus

Date 1^{ère} séance _____ Nombre _____ Durée de la prise en charge _____

Le patient est-il motivé à suivre le traitement ? *oui / non*

RECOMMANDATIONS

Poursuite de la prise en charge ? *oui / non* Durée prévisionnelle ? _____

Reprise du travail *oui / non* Précisez : _____

Reprise des activités sportives *oui / non* Précisez : _____

Possibilité d'amélioration ? *oui/non*

⇒ Objectifs _____

QUESTION SPECIFIQUE

Selon vous, existait-il une indication à la rééducation ? *oui / non*

Précisez : _____
