



# Association Suisse des Physiothérapeutes Indépendants PRESCRIPTION DE TRAITEMENT DE PHYSIOTHERAPIE

www.aspi-svfp.ch

## PATIENT :

NOM \_\_\_\_\_

Prénom \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_

NPA/Localité \_\_\_\_\_

Né(e) le \_\_\_\_\_

Tel privé \_\_\_\_\_

Mobile \_\_\_\_\_

Assurance \_\_\_\_\_

No Ass/acc \_\_\_\_\_

Timbre et signature du médecin

Date.....Signature.....

Timbre et signature du physiothérapeute

Date.....Signature.....

## TRAITEMENT PHYSIOTHERAPEUTIQUE :

Ordonnance :  première  deuxième  troisième  quatrième  traitement de longue durée

Région à traiter :

Moyens / Méthode :

Maladie  Accident  Invalidité

Le physiothérapeute peut choisir ou modifier les moyens et méthodes pour atteindre au mieux le but du traitement

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Antalgique / Anti-inflammatoire                      | <input type="checkbox"/> Amélioration de la fonction circulatoire |
| <input type="checkbox"/> Amélioration de la fonction articulaire              | <input type="checkbox"/> Contention                               |
| <input type="checkbox"/> Amélioration de la fonction musculaire               | <input type="checkbox"/> Autre :                                  |
| <input type="checkbox"/> Proprioception / Coordination                        |   |
| <input type="checkbox"/> Amélioration de la fonction cardiaque / respiratoire |   |

Nature :  atteinte neurologique  Traitement à domicile  Prêt d'appareil

Nombre de séances : .....

Date : .....

----- ✂ -----  
Diagnostic(s) et indication(s) confidentielle(s) restant en possession du physiothérapeute :

Prochaine consultation :

après ..... séances / date .....

PATIENT :

NOM : \_\_\_\_\_

Prénom : \_\_\_\_\_

Né(e) le : \_\_\_\_\_

Le traitement doit commencer au plus tard 5 semaines à la date d'émission de cette prescription.