Cachet du Médecin Prescripteur

Le _____

M_____

Prénom et NOM du patient

Prescriptions relatives au traitement de longue durée reconnue (liste ou hors liste)
(AFFECTION EXONERANTE)

☐ EN URGENCE ☐ A DOMICILE

☐ SEANCES DE KINESITHERAPIE PAR SEMAINE TOTAL : ☐ SEANCES

Selon le niveau orthopédique et /ou respiratoire

POUR : ☐ LE(S) MEMBRE(S) INFERIEUR(S) ☐ DROIT ☐ GAUCHE

☐ LE(S) MEMBRE(S) SUPERIEUR(S) ☐ DROIT ☐ GAUCHE

☐ LE TRONC

<u>Patient en fauteuil roulant pour tous les déplacements</u>

EN INSISTANT SUR :

- ☐ les étirements des muscles spastiques des 4 membres
- ☐ kinésithérapie respiratoire
- ☐ aide au transfert fauteuil
- ☐ le travail de l'équilibre assis
- ☐ les sollicitations motrices des membres supérieurs
- ☐

<u>Recommandation : pas de stimulation excito-motrice.</u>

Signature manuscrite du prescripteur