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

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

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

☐ LE TRONC

<u>Présentation tétraparétique. Patient en fauteuil roulant</u>

INSISTER SUR :

☐ le travail de l'équilibre assis et des réactions au déséquilibre

☐ le travail des transferts, (si réaliste)

☐ les étirements des chaînes spastiques

☐ verticalisation dans un appareil modulaire de verticalisation, (si la patient en possède un)

☐

☐

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

Signature manuscrite du prescripteur