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
- ☐ LA CEINTURE PELVIENNE
- ☐ L'HEMICORPS ☐ DROIT ☐ GAUCHE

INSISTER SUR :

☐

☐

☐

☐

☐

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

Signature manuscrite du prescripteur