

Prescrire de la physiothérapie: dans quel but et comment?

Dominique Monnin



Définition

- Les physiothérapeutes sont des spécialistes du mouvement, des troubles fonctionnels somatiques et de la douleur. Ils traitent des personnes victimes d'accidents, des personnes souffrant de maladies aiguës ou chroniques ainsi que des personnes handicapées.

Objectifs

- Traiter la douleur
- Rétablir, améliorer ou maintenir les fonctions physiques et permettre ainsi à l'individu de retrouver sa capacité à fonctionner au quotidien
- Accompagner les modifications de comportement des personnes atteintes d'affections chroniques
- Prévenir les conséquences des maladies ou des handicaps
- Promouvoir la santé de l'individu et de certains groupes de la population

Effets

- Structure/fonction: Force
Extensibilité
Tonus
Endurance
Coordination
- Activité/participation ADL
Profession
Loisirs

PRESCRIPTION DE PHYSIOTHERAPIE

Identité

Nom
Prénom
Adresse
NPA/Lieu
Date de naissance
Téléphone privé
Employeur
NPA/Lieu
Téléphone prof.
Assureur
N° d'ass. Iacc.

Diagnostic:

modification séparée au médecin-conseil selon LaMail

malade accident invalidité

Traitement physiothérapeutique proposé (à remplir par le médecin):

ordonnance prémies deuxième troisième quatrième traitement de longue durée

But du traitement

Analgésiant anti-inflammatoire
 Amélioration de la fonction articulaire
 Amélioration de la fonction musculaire
 Proprioception/coordination
 Amélioration de la fonction cardio-pulmonaire
 Amélioration de la fonction circulatoire
 Autre:

Mesures physiothérapeutiques
(à compléter par le médecin s'il le désire)

Sur particulier
 Bandages (Tape)
 Instruction

Nombre de traitements Traitement à domicile 2 traitements par jour Contrôle médical après traitements

Location d'appareils:

En accord avec le médecin, le/a physiothérapeute peut choisir ou modifier les moyens et méthodes pour atteindre au mieux le but du traitement.

Médecin: _____ Physiothérapeute (Timbre CSCM): _____
Hôpital cantonal
1211 Genève 14

Date: _____ Signature: _____ Date: _____ Signature: _____

Remarques:

Prestations

- Bilan Evaluation fonctionnelle
Evaluation environnement personnel
- Rééducation Ventilation mécanique invasive
Ventilation mécanique non invasive
Aérosolthérapie
Désencombrement
Oxygénothérapie
Exercices respiratoires
Réentraînement à l'effort

Prestations

- Rééducation Individuelle / en groupe
Renforcement musculaire (MTT)
- Piscine Rééducation individuelle
Rééducation en groupe
- Relaxation Individuelle / en groupe
- Rééducation cardio-pulmonaire individuelle / en groupe

Prestations

- Massage Massage classique
Drainage lymphatique
- Mobilisation Mobilisation articulaire
Thérapie manuelle
Pose de tape
- Electrothérapie Ultra-sons
Electro-myo-stimulation
TENS

Prestations

- Rééducation uro-gynécologique
- Education thérapeutique
- Elaboration / adaptation d'appareillages
- Enveloppements chauds / froids

PRESCRIPTION DE PHYSIOTHERAPIE

1 →

2 ↓

3 ←

4 →

5 ↓

6 →

7 ↓

Identité
Nom
Prénom
Adresse
NPK/Lieu
Date de naissance
Téléphone privé
Employeur
NPK/Lieu
Téléphone prof.
Assureur
N° d'ass./acc.

Diagnostic:
 notification séparée au médecin-conseil selon LaMail

maladie accident invalidité

Traitement physiothérapeutique proposé (à remplir par le médecin):
ordonnance première deuxième troisième quatrième traitement de longue durée

But du traitement
 Analgésiant/anti-inflammatoire
 Amélioration de la fonction articulaire
 Amélioration de la fonction musculaire
 Proprioception/coordination
 Amélioration de la fonction cardio-pulmonaire
 Amélioration de la fonction circulatoire

Mesures physiothérapeutiques
(à compléter par le médecin s'il le désire)

Autres:
 Suivi particulier
 Bandages (Tape)
 Instruction

Nombre de traitements Traitement à domicile 2 traitements par jour Contrôle médical après traitements

Location d'appareils:

En accord avec le médecin, le/la physiothérapeute peut choisir ou modifier les moyens et méthodes pour atteindre au mieux le but du traitement.

Médecin:
Hôpital cantonal
1211 Genève 14

Physiothérapeute (Titre CSM):

Date: _____ Signature: _____ Date: _____ Signature: _____

Remarques:

Merci de votre attention