

# PRESCRIPTION DE KINESITHERAPIE

Vignette de l'O.A.

Nom et Prénom (à remplir par le prescripteur)

Prescription pour un traitement de kiné à commencer dans les 60 jours de la présente **OU** à partir du ...../...../.....

Examen consultatif       Demande rapport écrit

**Diagnostic et/ou localisation des lésions:**

.....  
.....

**Nombre de séances :** .....

**Situations dans le domaine de la stomatologie**

après une intervention chirurgicale temporomandibulaire intra-articulaire

pendant et/ou après une radiothérapie concernant la région maxillo-faciale

après une fracture mandibulaire intra-articulaire ou sub-condyloire

**Intervention chirurgicale**

Orthopédie    Mammectomie/Tumorectomie    Réanimation

Code: .....N..... - Date: .../.../.....

Code: .....N..... - Date: .../.../.....

Neurologie

Code: .....K..... - Date: .../.../.....

Code: .....K..... - Date: .../.../.....

**Service d'admission**

Soins intensifs    néonatal (n)    Néonatal (N)

**Indications ou conseils de traitement complémentaires :**

.....  
.....  
.....

Cachet du prescripteur

Date

...../...../.....

Signature

.....