

BILAN DIAGNOSTIC FINAL DE KINÉSITHÉRAPIE

Etiquette patient

Date :/...../.....

Nom, prénom et signature du professionnel :

Motifs de rééducation : _____

Intervention : _____ Voie d'abord : _____ Date opératoire : ___/___/___

Consignes particulières : _____

Rappel du projet du patient : _____

DEFICIENCES

Cutanée-trophique-vasculaire : _____

Ostéo-articulaire : _____

Musculaire : _____

Douleur : _____

Score Douleur: _____ Echelle : _____

CAPACITES FONCTIONNELLES			
Transferts et déplacements	Impossible	Possible avec aide	Autonome
Couché / assis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lit / fauteuil	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Assis / debout	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Marche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aides techniques	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Périmètre de marche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Escaliers	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Niveau de satisfaction globale du patient

Très satisfait

Plutôt satisfait

Plutôt insatisfait

Insatisfait

Evaluation du traitement (notion de persistance de handicap) : _____

Conseils en hygiène de vie – prévention : N°1 : _____ N°2 : _____ N°3 : _____ N°4 : _____