

BILAN DIAGNOSTIC INITIAL DE KINÉSITHÉRAPIE

Etiquette patient

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

Nom, prénom et signature du professionnel :

Motifs de rééducation : _____		
Intervention : _____	Voie d'abord : _____	Date opératoire : ___ / ___ / ____
Consignes particulières : _____		

Projet du patient : _____

DEFICIENCES	
Types	Principes thérapeutiques
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"/>