

IDENTITÉ PATIENT

Nom : _____ Prénom : _____
Date de naissance : ____ / ____ / ____
Email : _____
N° téléphone privé : _____

COMORBIDITÉS ET ANTÉCÉDENTS :

Veillez indiquer toute condition médicale préexistante ou pathologie conséquente

TRAITEMENT EN COURS :

Indiquer les traitements ou médicaments actuellement pris

NÉCESSITÉ D'INTERVENTION DE 2 CORPS DE MÉTIER :

Veillez cocher si un besoin a été identifié

- ☐ Oui
☐ Non

**DÉLÉGATION AU MÉDECIN DU CENTRE DE RÉADAPTATION POUR BILAN D'ENTRÉE
ET ADAPTATION DES THÉRAPIES :**

- ☐ Oui
☐ Non

PATIENT DÉJÀ AU BÉNÉFICE DE SOINS À DOMICILE :

- ☐ Oui
☐ Non

PLUSIEURS PRESCRIPTIONS DE PHYSIOTHÉRAPIE DANS L'ANNÉE :

- ☐ Oui : merci de spécifier nombre et motif : _____

☐ Non

OBJECTIFS DE PRISE EN CHARGE (SI DÉJÀ ÉTABLI) :

CONTRE-INDICATION À UN PROGRAMME DE RÉADAPTATION AMBULATOIRE

Veillez cocher si l'une des situations suivantes est présente, ce qui entraverait la capacité à participer à un programme de réadaptation ambulatoire :

- ☐ Troubles cognitifs sévères
☐ Troubles psychiques aigus ou non contrôlés
☐ Épisode somatique aigu nécessitant une surveillance quotidienne
☐ Absence de projet de réadaptation (soins palliatifs, projet de placement)

SIGNATURES

Signature du médecin :

Date et signature