

IDENTITÉ PATIENT

Nom : _____ Prénom : _____

Date de naissance : ____ / ____ / ____

Email : _____

N° téléphone privé : _____

COMORBIDITÉS ET ANTÉCÉDENTS :

Veuillez indiquer toute condition médicale préexistante ou pathologie conséquente

TRAITEMENT EN COURS :

Indiquer les traitements ou médicaments actuellement pris

**IDENTIFICATION DE BESOINS INTERDISCIPLINAIRES DISCIPLINES CONCERNÉES :
PHYSIOTHÉRAPIE / ERGOTHÉRAPIE / DIÉTÉTIQUE/SOINS INFIRMIERS...)**

Veuillez cocher si un besoin a été identifié

☐ Oui, précisez : _____
☐ Non

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

☐ 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 ou psychiques très sévères limitant la participation et les déplacements depuis le domicile
- ☐ Épisode somatique aigu* ou instabilité clinique (ex. FC > 100/min, SpO₂ < 94 %, dyspnée ou déséquilibre tensionnel majeur)
- ☐ Absence de projet de réadaptation (soins palliatifs, placement, refus de participation active)

**Exemples d'épisodes somatiques aigus :*

Cardiovasculaire : angor instable, insuffisance cardiaque décompensée, sténose aortique sévère symptomatique non évaluée, arythmie non contrôlée, TA > 180/100 mmHg au repos

Pulmonaire : dyspnée au repos (mMRC ≥ 3), SpO₂ < 90 % sans oxygène

Neurologique : vertiges, déficits ou douleurs non investigués

Infectieux / autre : fièvre ou état infectieux, anémie symptomatique (Hb < 90 g/L)

SITUATIONS À SIGNALER (SI NON MENTIONNÉES DANS LES CO-MORBIDITÉS)

Veillez cocher si applicable, et préciser si nécessaire :

- ☐ Fracture pathologique ou ostéoporose non traitée
- ☐ Anémie modérée (Hb 90–100 g/L)
- ☐ Insuffisance respiratoire chronique hypoxémique
- ☐ Hypotension orthostatique marquée
- ☐ Cardiopathie chronique stable nécessitant suivi (IC compensée, FA contrôlée, HTA modérée, antécédent d'événement cardiaque)
- ☐ Autre condition médicale pouvant limiter l'effort (à préciser : _____).



REMARQUE IMPORTANTE

Le programme est réalisé en l'absence de médecin en permanence sur site. Une stabilité médicale préalable est donc requise.

Le personnel présent est formé en BLS et des procédures claires sont définies, avec AED disponible sur site.

Directives anticipées / limitations thérapeutiques

- ☐ Oui
- ☐ Non
- ☐ À préciser

Contenu pertinent :

SIGNATURES

Signature du médecin :

Date et signature :