(Coordonnées du Médecin)	(Nom, prénom, âge du résident)

Prescriptions relatives au traitement de longue durée reconnue (liste ou hors liste)

(AFFECTION EXONERANTE)

(Prescriptions gériatriques les plus fréquentes)

- ☐ Bilan diagnostic kinésithérapique
- ☐ Rééducation **d'un membre et de sa racine** ☐ **du rachis et / ou des ceintures** ☐ **lombaires** ☐ **dorsaux**
- ☐ Rééducation de **l'hémiplégie**
- ☐ Rééducation des maladies **respiratoires** avec désencombrement **urgent**
- ☐ **WE et jours fériés**
- ☐ Rééducation des maladies respiratoires, obstructives, restrictives ou mixtes (en dehors urgence)
- ☐ Rééducation analytique et globale, musculo-articulaire des deux membres inférieurs, de la posture, de l'équilibre et de la coordination chez le sujet âgé (> à 75 ans)
- ☐ Rééducation de la déambulation dans le cadre du maintien de l'autonomie de la personne âgée
- ☐ Prise en charge journalière, dans le cadre des soins palliatifs
- ☐ Autre :
- ☐ A domicile sinon ☐ au cabinet

Rythme par semaine * : date de prescription : …. / …. / ….

(Signature du Médecin)

(*facultatif)

Prescription SANS RAPPORT avec l'affection de longue durée reconnue

(MALADIES INTERCURRENTES)

(Prescriptions gériatriques les plus fréquentes)

- ☐ Bilan diagnostic kinésithérapique
- ☐ Rééducation **d'un membre et de sa racine** ☐ **du rachis et / ou des ceintures** ☐ **lombaires** ☐ **dorsaux**
- ☐ Rééducation de **l'hémiplégie**
- ☐ Rééducation des maladies **respiratoires** avec désencombrement **urgent**
- ☐ **WE et jours fériés**
- ☐ Rééducation des maladies respiratoires, obstructives, restrictives ou mixtes (en dehors urgence)
- ☐ Rééducation analytique et globale, musculo-articulaire des deux membres inférieurs, de la posture, de l'équilibre et de la coordination chez le sujet âgé (> à 75 ans)
- ☐ Rééducation de la déambulation dans le cadre du maintien de l'autonomie de la personne âgée
- ☐ Prise en charge journalière, dans le cadre des soins palliatifs
- ☐ Autre :
- ☐ A domicile sinon ☐ au cabinet

Rythme par semaine * : date de prescription : …. / …. / ….

(Signature du Médecin)

(*facultatif)