

PRESCRIPTION POUR PROGRAMME D'EXERCICES & CAPNOGRAPHE

Patient : _____ Tél: _____ (_____) _____

Pathologie : _____ Date: _____
aaaa / mm / jj

SVP enseigner un programme d'exercices :

- A faire à la maison A faire en piscine A faire en salle d'entraînement
 post-immobilisation post-chirurgie préventif

Nombre d'exercices _____ et / ou durée recommandée : 15 minutes 30 minutes 60 minutes

<input type="checkbox"/> Analyse / correction posturale <input type="checkbox"/> Analyse / correction biomécanique <input type="checkbox"/> Ballon Suisse <input type="checkbox"/> Mobilisation vertébrale <input type="checkbox"/> Stabilisation vertébrale <input type="checkbox"/> Étirement <input type="checkbox"/> Renforcement proprioceptif <input type="checkbox"/> Bandage prophylactique "taping" <input type="checkbox"/> Bio-feedback avec EMG de surface <input type="checkbox"/> Éducatifs selon condition <input type="checkbox"/> post-chirurgie <input type="checkbox"/> post-immobilisation	<input type="checkbox"/> Étirements <input type="checkbox"/> Ergonomie au travail <input type="checkbox"/> Ergonomie au quotidien <input type="checkbox"/> Évaluation fonctionnelle <input type="checkbox"/> Mobilité articulaire <input type="checkbox"/> Proprioception <input type="checkbox"/> Renforcement <input type="checkbox"/> Isotonique Concen. / Excentrique <input type="checkbox"/> Isométrique <input type="checkbox"/> Isocinétique <input type="checkbox"/> Plyométrie	<input type="checkbox"/> Respiration <input type="checkbox"/> Évaluation avec Capnographe <input type="checkbox"/> Rééducation respiratoire <input type="checkbox"/> Stabilisation rotulienne <input type="checkbox"/> Stabilisation vertébrale <input type="checkbox"/> cervicale <input type="checkbox"/> lombaire <input type="checkbox"/> au sol <input type="checkbox"/> sur ballon <input type="checkbox"/> Fonctionnelle <input type="checkbox"/> Thérapie aquatique (en piscine) <input type="checkbox"/> Vie active / Contrôle de poids <input type="checkbox"/> _____
---	--	---

INDICATIONS / CONTRE-INDICATIONS / SPÉCIFICATIONS :

Assurer un suivi au besoin Patient(e) à revoir dans _____ semaine(s)/séances Me faire parvenir une note de suivi

Référé(e) par : _____ Téléphone : (_____) _____

