



FICHE DE SYNTHÈSE DU BILAN DIAGNOSTIC KINESITHERAPIQUE

Initiale ☐ Intermédiaire ☐ Finale ☐

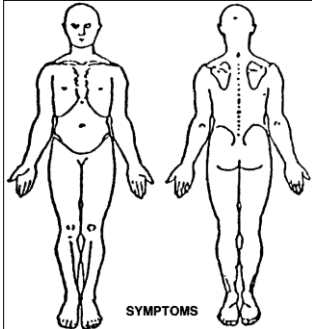
PATIENT : Nom : Prénom : Date de naissance :
Sexe : Masculin ☐ Féminin ☐ N° sécurité sociale :

PRESCRIPTION ET TRAITEMENT : Date de la prescription : Quantitative : NON ☐ OUI ☐
Prescripteur : Nom : Prénom : N° :
Indication médicale :
Nombre : Kinésithérapie antérieure pour cette pathologie : NON ☐ OUI ☐

BILAN : ☐ Initial

☐ Intermédiaire

date :



Symptômes depuis :

☐ Stationnaire ☐ S'améliore ☐ S'aggrave
Arrêt : ☐ Travail ☐ Sport

- Fonctionnel :

- Douleurs = Intensité Jour : / 10 Intensité Nuit : / 10

Fréquence : ☐ Constante (Noir) ☐ Intermittente (Gris) :

- Paresthésie (Cercle) = Type :

Fréquence :

- Empiré par :

- Amélioré par :

Signes : Posture assis :

Posture debout :

- Neurologique :

- Articulaire :

- Mouvements répétés :

Cotation : Normal = 5 ; Déficit léger = 4 ; Déficit modéré = 3 ; Déficit important = 2 ; Déficit majeur = 1 ; Déficit total = 0

DIAGNOSTIC KINESITHERAPIQUE : Syndrome de Dérangement : ☐ Lombaire ☐ Dorsal ☐ Cervical
☐ Autre : ☐ Déformation aiguë : **Préférence Directionnelle :**
Symptômes : ☐ Centraux ☐ Centraux asymétriques ☐ Asymétriques > genou / coude ☐ Asymétriques < genou / coude

OBJECTIFS :

* A court terme :

* A moyen terme :

* A long terme :

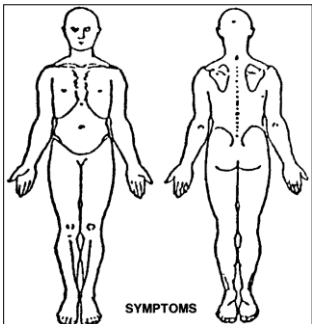
ACTES ET TECHNIQUES :

*
*
*
*
*

BILAN : ☐ Final

☐ Intermédiaire

date :



Symptômes :

☐ Sans changement ☐ Améliorés ☐ Aggravés

- Fonctionnel :

Reprise : ☐ Travail ☐ Sport

- Douleurs = Intensité Jour : / 10 Intensité Nuit : / 10

Fréquence : ☐ Constante (Noir) ☐ Intermittente (Gris) :

- Paresthésie (Cercle) = Type :

Fréquence :

- Empiré par :

- Amélioré par :

Signes : Posture assis :

Posture debout :

- Neurologique :

- Articulaire :

- Autres :

Cotation : Normal = 5 ; Déficit léger = 4 ; Déficit modéré = 3 ; Déficit important = 2 ; Déficit majeur = 1 ; Déficit total = 0

OBJECTIFS : ☐ ATTEINTS ☐ PARTIELLEMENTS ATTEINTS ☐ NON ATTEINTS
Dérangement : ☐ Réduit et Stabilisé ☐ Réductible, non stabilisé ☐ Partiellement réduit ☐ Irréductible

PROPOSITIONS : ☐ Fin du traitement ☐ Arrêt du traitement :
☐ Début ☐ Renouvellement : de l'indication pour séances ; Fréquence : / semaine ; Urgence : NON ☐ OUI ☐

CONSEILS / COMMENTAIRES :

*
*
*

MASSEUR-KINÉSITHÉRAPEUTE :

Adresse :

N° :

Signature :