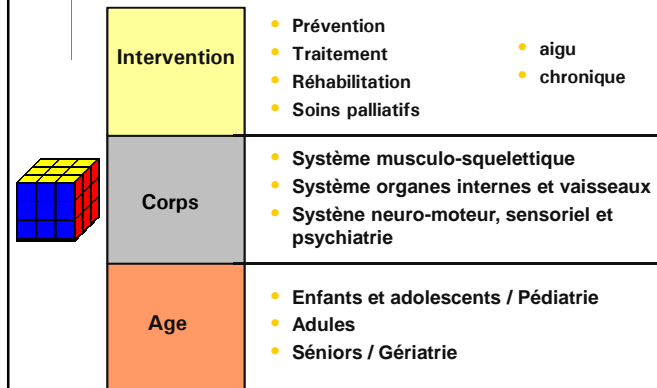


## Prescrire de la physiothérapie: dans quel but et comment?

Dominique Monnin  
Responsable recherche et qualité  
en physiothérapie

### Domaines d'intervention



### Effets recherchés

- Structure/fonction:
  - Force
  - Extensibilité
  - Tonus
  - Endurance
  - Coordination
- Activité/participation
  - ADL
  - Profession
  - Loisirs

### Prestations

- Bilan
  - Evaluation fonctionnelle
  - Evaluation environnement personnel
- Ventilation mécanique invasive
- Ventilation mécanique non invasive
- Aérosolthérapie
- Désencombrement
- Oxygénothérapie
- Exercices respiratoires
- Réentraînement à l'effort

**HUG**  
Hôpitaux Universitaires de Genève

### Prestations

- Rééducation cardio-pulmonaire individuelle / en groupe
- Rééducation Individuelle / en groupe  
Renforcement musculaire (MTT)
- Relaxation Individuelle / en groupe
- Piscine Rééducation individuelle  
Rééducation en groupe

**HUG**  
Hôpitaux Universitaires de Genève

### Prestations

- Massage Massage classique  
Drainage lymphatique
- Mobilisation Mobilisation articulaire  
Thérapie manuelle  
Pose de tape
- Electrothérapie Ultra-sons  
Electro-myo-stimulation  
TENS

**HUG**  
Hôpitaux Universitaires de Genève

### Prestations

- Rééducation uro-gynécologique
- Education thérapeutique
- Elaboration / adaptation d'appareillages
- Enveloppements chauds / froids, ...

**HUG**  
Hôpitaux Universitaires de Genève

### Prescription informatique

DEMANDE DE BILAN PHYSIOTHERAPEUTIQUE

Indication: \_\_\_\_\_

Déjà:  dès que possible  urgent  à la date précise  autre

Mesures spécifiques de protection (Vol/Germe):  
Pas de Mesure spécifique préconisée.

Diagnostic: \_\_\_\_\_

Tests fonctionnels:  
 force  amplitude articulaire  endurance  
 fonctionnel  test de 6 m (distance parcourue)

Mesures spécifiques: \_\_\_\_\_

Fait du traitement:  jusqu'à nouvel ordre  autre fin

Médecin demandeur: Nom, prénom: Kassarha Ammar N°: 1000000 service: Hépat-Éducation

Valider Retour

**PRESCRIPTION DE PHYSIOTHERAPIE**

**Indication:**

**Date:**  date que possible  urgent  à la date précise  autre

**Mesures préventives de protection (Olivieretti):**  
Pas de mesure spécifique préconisée.

**Diagnoses:**

**Buts du traitement:**  
En accord avec le médecin, le physiothérapeute peut choisir de modifier les moyens et méthodes pour atteindre au mieux le(s) but(s) du traitement

<input type="checkbox"/> amélioration de la fonction articulaire	<input type="checkbox"/> confort articulaire
<input type="checkbox"/> amélioration de la fonction cardiovasculaire	<input type="checkbox"/> analyse sensorimotrice
<input type="checkbox"/> amélioration de la fonction circulatoire	<input type="checkbox"/> enseignement d'exercices / instruction
<input type="checkbox"/> amélioration de la fonction neuro-musculaire	<input type="checkbox"/> proprioception / coordination
<input type="checkbox"/> amélioration de la fonction respiratoire	<input type="checkbox"/> rééducation à la marche
<input type="checkbox"/> rééducation du membre	<input type="checkbox"/> drainage lymphatique manuel
<input type="checkbox"/> rééducation aux Sème membres	

**Mesures spécifiques:**

**Examen:**  Dysfonction  Subaiguë  Aiguë  Subaiguë  Subaiguë  Tumorale  autre

indépendante samedi  indépendante dimanche  indépendante samedi et dimanche  indépendante 24/24

**Précautions:**

<input type="checkbox"/> téta-toxicité	<input type="checkbox"/> anti-coagulant
<input type="checkbox"/> MRA	<input type="checkbox"/> troubles de la pression artérielle
<input type="checkbox"/> trouble respiratoire	<input type="checkbox"/> évanouissement
<input type="checkbox"/> autre précaution	

**Buts du traitement:**  
 aucun traitement  autre

**Médecin demandeur:**  
Nom, prénom: Kassoula Amar    Ip: 010900    Service: Neuro-rééducation

Buttons: **Valider** **Retour**

**HUG**  
Hôpitaux Universitaires de Genève

**Formulaire papier**

**PRESCRIPTION DE PHYSIOTHERAPIE**

**Identité:**  
Nom: \_\_\_\_\_  
Prénom: \_\_\_\_\_  
Adresse: \_\_\_\_\_  
N°ALLieu: \_\_\_\_\_  
Date de naissance: \_\_\_\_\_  
Téléphone privé: \_\_\_\_\_  
Employeur: \_\_\_\_\_  
N°ALLieu: \_\_\_\_\_  
Téléphone prof.: \_\_\_\_\_  
Assureur: \_\_\_\_\_  
N° d'ass. Incc.: \_\_\_\_\_

**Diagnoses:**  
 notification séparée au médecin conseil selon LaMal

maladie  accident  invalidité

**Traitement physiothérapeutique proposé (à remplir par le médecin):**  
 locomoteur  postural  équilibre  postural  équilibre  traitement de longue durée

**But du traitement:**  
 Analgésique/anti-inflammatoire  
 Amélioration de la fonction articulaire  
 Amélioration de la fonction musculaire  
 Proprioception/coordination  
 Amélioration de la fonction cardio-pulmonaire  
 Amélioration de la fonction circulatoire

**Mesures physiothérapeutiques**  
(à compléter par le médecin s'il le désire)

**Autres:**  
 But particulier  
 Bandages (Tape)  
 Instruction

Nombre de traitements: \_\_\_\_\_  Traitement à domicile  2 traitements par jour  Contrôle médical après traitement

Location d'appareils: \_\_\_\_\_

**En accord avec le médecin, le physiothérapeute peut choisir de modifier les moyens et méthodes pour atteindre au mieux le but du traitement.**

Médecin: \_\_\_\_\_    Physiothérapeute (Titre CSM): \_\_\_\_\_  
Hôpital cantonal    1211 Genève 14

Date: \_\_\_\_\_ Signature: \_\_\_\_\_    Date: \_\_\_\_\_ Signature: \_\_\_\_\_

Remarques: \_\_\_\_\_

**HUG**  
Hôpitaux Universitaires de Genève

**PRESCRIPTION DE PHYSIOTHERAPIE**

**Identité:** 1 →

2 ↓

**Diagnoses:** 3 →

notification séparée au médecin conseil selon LaMal

maladie  accident  invalidité

**Traitement physiothérapeutique proposé (à remplir par le médecin):**  
 locomoteur  postural  équilibre  postural  équilibre  traitement de longue durée

**But du traitement:** 4 →

Analgésique/anti-inflammatoire  
 Amélioration de la fonction articulaire  
 Amélioration de la fonction musculaire  
 Proprioception/coordination  
 Amélioration de la fonction cardio-pulmonaire  
 Amélioration de la fonction circulatoire

**Mesures physiothérapeutiques**  
(à compléter par le médecin s'il le désire)

5 ↓

**Autres:**  
 But particulier  
 Bandages (Tape)  
 Instruction

Nombre de traitements: \_\_\_\_\_  Traitement à domicile  2 traitements par jour  Contrôle médical après traitement

Location d'appareils: \_\_\_\_\_

**En accord avec le médecin, le physiothérapeute peut choisir de modifier les moyens et méthodes pour atteindre au mieux le but du traitement.**

Médecin: \_\_\_\_\_    Physiothérapeute (Titre CSM): \_\_\_\_\_  
Hôpital cantonal    1211 Genève 14

6 →    7 ↓

Date: \_\_\_\_\_ Signature: \_\_\_\_\_    Date: \_\_\_\_\_ Signature: \_\_\_\_\_

Remarques: \_\_\_\_\_

