

## RAPPORT D'ÉVOLUTION EN PHYSIOTHÉRAPIE

Client \_\_\_\_\_  
 Établissement de soins \_\_\_\_\_  
 Médecin traitant \_\_\_\_\_  
 Date dirigé \_\_\_\_\_  
 Date de la première autorisation \_\_\_\_\_  
 Nombre de traitements jusqu'à présent \_\_\_\_\_  
 Date du rapport \_\_\_\_\_

Numéro de réclamation \_\_\_\_\_  
 Thérapeute \_\_\_\_\_  
 Responsable de cas \_\_\_\_\_  
 Date de la première évaluation \_\_\_\_\_  
 Nombre de rendez-vous manqués / annulés \_\_\_\_\_

<b>CONSTATATIONS SUBJECTIVES</b>	<b>Symptômes</b>
<b>CONSTATATIONS OBJECTIVES</b>	<b>GÉNÉRAL</b>
	<b><u>Posture / Observations</u></b>
	<b><u>État neurologique</u></b>
	<b><u>Amplitude des mouvements</u></b>
	<b><u>Tests au niveau des muscles</u></b>
	<b>PRÉCIS</b>
	<b><u>Tests de stabilité</u></b>
<b><u>Tests spécifiques</u></b>	
<b><u>Palpation</u></b>	

**ANALYSE**

Liste de problèmes

Impression clinique

Progrès réalisés par rapport aux buts fonctionnels antérieurs

Buts fonctionnels

Obstacles à la réadaptation

Commentaires concernant la reprise du travail

**PLAN DE TRAITEMENT ACTUEL**

Agents électrophysiques

- |  |  |   |  |                                      |                                      |
|--|--|---|--|--------------------------------------|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Ultrason        | <input type="checkbox"/> Enveloppements chauds / Glace | <input type="checkbox"/> Courant interférentiel | <input type="checkbox"/> Électrostimulation transcutanée | <input type="checkbox"/> Traction    | <input type="checkbox"/> Laser       |
| <input type="checkbox"/> Bain tourbillon | <input type="checkbox"/> Stimulation musculaire        | <input type="checkbox"/> Bain de cire           | <input type="checkbox"/> Microcourant                    | <input type="checkbox"/> Ionophorèse | <input type="checkbox"/> Acupuncture |

Techniques manuelles

Éducation

Exercices

Amplitude des mouvements / Flexibilité

Renforcement précis

Renforcement général / Conditionnement aérobique

Programme d'exercices à domicile

Commentaires / Recommandations

Date du congé \_\_\_\_\_

Plan de congé \_\_\_\_\_

Signature \_\_\_\_\_

Date \_\_\_\_\_

VEUILLEZ POSTER à Travail sécuritaire NB, case postale 160, Saint John, NB E2L 3X9 **OU** TÉLÉCOPIER au numéro sans frais 1 888 629-4722.

Le paragraphe 41(10) de la *Loi sur les accidents du travail* vous autorise à divulguer ces renseignements.  
Toute personne ayant un intérêt personnel dans une réclamation qui fait l'objet d'une étude peut avoir accès au présent document.