

Nom du patient : \_\_\_\_\_ Numéro de tel: \_\_\_\_\_

Médecin référant : \_\_\_\_\_

Diagnostic médical : \_\_\_\_\_

Femme  Homme  Enfant

**Demande de suivi en physiothérapie**

- Atteintes pelvi-rachidiennes / physiothérapie orthopédique
- Faiblesse de la sangle abdominale / diastase abdominale

**Demande de suivi en rééducation périnéale**

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Incontinence urinaire                | <input type="checkbox"/> Prolapsus pelvien                    |
| <input type="checkbox"/> Incontinence fécale                  | <input type="checkbox"/> Encoprésie                           |
| <input type="checkbox"/> Faiblesse du plancher pelvien        | <input type="checkbox"/> Énurésie                             |
| <input type="checkbox"/> Douleurs vaginales                   | <input type="checkbox"/> Pessaire (évaluation, pose et suivi) |
| <input type="checkbox"/> Hypertonie vaginale / anale          | <input type="checkbox"/> Troubles de constipation             |
| <input type="checkbox"/> Anisme                               | <input type="checkbox"/> Atteinte neurologique                |
| <input type="checkbox"/> Hyperactivité vésicale               |   |
| <input type="checkbox"/> Dyssynergie / pseudo dyssynergie VS  |   |
| <input type="checkbox"/> Suivi de grossesse en physiothérapie |   |

**Demande de suivi en pédiatrie**

- Retard de développement
- Torticolis
- Plagiocéphalie
- Trouble de la marche
- Atteinte/blessure neurologique
- Atteinte/blessure musculo-squelettique
- Dyspraxie

**Demande de suivi en massothérapie**

- Massothérapie

**Demande de suivi spécifique à l'homme**

- Maladie de Peyronie
- Dysfonction érectile, enseignement des injections intra-caverneuses
- Syndrome prostatique douloureux chronique
- Enseignement pré-post prostatectomie

Particularités à l'évaluation et résultats d'examens:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Merci de référer ce (cette) patient(e) à la clinique Cigonia.

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

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

