

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 massothérapie

- Massothérapie

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 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: _____