

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

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Retard de développement | |
| <input type="checkbox"/> Torticolis | |
| <input type="checkbox"/> Plagiocéphalie | <input type="checkbox"/> Maladie de Peyronie |
| <input type="checkbox"/> Trouble de la marche | <input type="checkbox"/> Dysfonction érectile, enseignement des injections intra-caverneuses |
| <input type="checkbox"/> Atteinte/blessure neurologique | <input type="checkbox"/> Syndrome prostatique douloureux chronique |
| <input type="checkbox"/> Atteinte/blessure musculo-squelettique | |
| <input type="checkbox"/> Dyspraxie | <input type="checkbox"/> Enseignement pré-post prostatectomie |

Particularités à l'évaluation et résultats d'exams:

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

Date: _____ Signature: _____