

RAPPORT DE FIN DE TRAITEMENT DE KINÉSITHÉRAPIE POUR AYANT-DROIT DE LA DÉFENSE

Nom du kinésithérapeute	
Adresse du kinésithérapeute	
Tél du kinésithérapeute	
E-Mail du kinésithérapeute	
N° INAMI du kinésithérapeute	

A. DONNÉES D'IDENTIFICATION DU PATIENT

Nom du patient	
Prénom du patient	
Numéro matricule militaire	
Tél du patient	

B. DONNÉES DE RENVOI/PRESCRIPTION MÉDICALE

Type de pathologie	
Question de consultation	
Référence de la prescription	

C. DIAGNOSTIC KINÉSITHÉRAPEUTHIQUE

Problème de fonctionnement (en termes de troubles, limitations et problèmes de participation)	
Gravité des problèmes de fonctionnement	
Facteurs influençants externes	
Facteurs influençants personnels	
Facteurs influençants médicaux	
Autres (récupération et déroulement attendu,...)	
<input type="checkbox"/>	Examen kinésithérapeutique consultatif
<input type="checkbox"/>	Indication kinésithérapie

DIFFUSION RESTREINTE – VIE PRIVÉE

(CHOD-SPS-IMGT-ISEC-001)

<u>D. PLAN DE TRAITEMENT ET TRAITEMENT</u>	
	Nombre de sessions effectives
Objectif	
Actes effectués	

<u>E. ÉVALUATION / EVOLUTION</u>	
Réalisation des objectifs de traitement / résultat	

<u>F. CLÔTURE ET CONCLUSIONS</u>	
Date du rapport	
Raison de la clôture	
Proposition pour la continuation du traitement	
Convention avec le patient (incl les conseils donnés au patient en ce qui concerne la prévention secondaire p. e.)	
Autre	