





## Informations pour la thérapie de la main

### Identité

Nom

Prénom

Date de naissance

### Motif du traitement

Diagnostic:

Date de l'accident / début de la maladie:

Opération:

Date de l'opération:

### Suivi

Protocole de traitement

immobilisation  stable pour la mobilisation active  résistance/charge partielle autorisée  résistance/charge totale autorisée

attelle:

Informations sur la thérapie:

Précaution:

Remarques:

Merci d'informer sur le déroulement du traitement

### Remarque à l'intention du/de la médecin prescripteur/trice et de l'ergothérapeute :

pour des raisons ayant trait à la protection des données, ces informations ne peuvent pas être transmises aux organismes payeurs.

Prière de ne pas imprimer le formulaire recto-verso