PRESCRIPTION MEDICALE / ORDONNANCE

Pour location KINETEC et PEDALA

(Traitement à domicile par attelle de mobilisation passive et active)

Données du patient

Nom _____

Prénom _____

Adresse _____

NP et ville _____

Date de naissance _____

Téléphone fixe _____

Téléphone portable _____

Assurance _____

☐ **Maladie** ☐ **Accident** **Date accident :** _____

N° de sinistre : _____

Type d'intervention _____

_____

Articulation à traiter

Genou passive ☐
Kinetec

Genou active ☐
Pedala

Autres articulations **Hanche ☐** **Cheville ☐** **Coude ☐** **Epaule ☐**
Gauche ☐ **Droite ☐**

Commentaire _____

_____

Données spécifiques pour le traitement

Flexion : …… ° **Extension : ……°**

Vitesse : …… % **Temps de pause : …… S.**

Durée du traitement _____ **semaines**

Prescripteur

Nom du médecin _____

Prénom _____

Adresse _____

NP et ville _____

Téléphone _____

Date de livraison souhaitée _____

Date : _____ **Timbre et signature du médecin prescripteur :** _____

Commentaire _____

C.T.I. Médical Sàrl, Route des Iles 1, 1870 Monthey – Suisse
Tél: +41 (0)24.499.33.30 – Fax: +41 (0)24.499.33.31
E-mail : info@cti-medical.ch – www.locationkine.ch