

Traitement à domicile par électrostimulation

Données du patient

Nom _____
 Prénom _____
 Adresse _____
 NP et ville _____
 Date de naissance _____
 Téléphone fixe _____
 Téléphone portable _____
 Assurance _____

Maladie Accident Date accident : _____
 N° de sinistre : _____

Lésion	Zone à stimuler	Gauche	Droite
<input type="checkbox"/> Quadriceps	<input type="checkbox"/> Cuisse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Ligamentaire	<input type="checkbox"/> Agoniste / Antagoniste	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Musculaire	<input type="checkbox"/> Jambe / Cheville	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Articulaire	<input type="checkbox"/> Hanche / Fessiers	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Osseuse	<input type="checkbox"/> Bras / Epaule	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Tendineuse	<input type="checkbox"/> Avant-bras / Main	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Autre : _____	<input type="checkbox"/> Rachis / Abdomen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/> Autre : _____		

Type de stimulation

Atrophie musculaire Renforcement musculaire
 Décontracturant Muscle dénervé
 Traitement de la douleur type Tens
 Traitement de la douleur type endorphinique
 Autre : _____

Durée du traitement

_____ semaines

Médecin prescripteur

Hôpital Clinique Autre : _____

Nom _____
 Prénom _____
 Adresse _____
 NP et ville _____
 Téléphone _____

Date de livraison souhaitée

Date : _____ Timbre et signature
 du médecin prescripteur : _____