

# Prescription de physiothérapie

## Identité du patient

Nom  
Prénom  
Date de naissance  
Adresse  
NPA/Lieu  
Téléphone  
Assurance  
N° d'ass/acc

## Diagnostic

maladie  accident  invalidité

## Traitement physiothérapeutique proposé

Ordonnance : première deuxième troisième quatrième longue durée

### But du traitement :

Amélioration de la fonction cardio-pulmonaire  
Désencombrement pulmonaire  
Instruction de la thérapie / traitement  
Réhabilitation respiratoire  
Autres :

### Mesures physiothérapeutiques

(à compléter par le médecin s'il le désire)

Nombre de séance :  traitement à domicile  physiothérapie complexe

Le/La physiothérapeute peut choisir ou modifier les moyens de traitements et méthodes pour atteindre au mieux le but du traitement.

Médecin (timbre) :

Date : Signature :

### Prescription à envoyer à la Ligue pulmonaire vaudoise :

par fax au 021 623 38 10 00  
ou par mail à physioresp@lpvd.ch

