

Ordonnance pour des soins en Ergothérapie
(Actes non remboursés par la caisse de Sécurité Sociale)

Identifiant Prescripteur (Nom Prénom / Spécialité N° RPPS)		Madame Anne BARON Ergothérapeute D.E Spécialité Rééducation Main et Membre Supérieur N° SIRET : 92021909400017
Identification du Patient : (Nom de famille – de naissance)		
N° d'immatriculation SS :		

PRESCRIPTION

(Cocher les cases correspondant à la demande de soins)

Membre supérieur Droite Gauche

Evaluations fonctionnelles

- Motrices
- Sensitives
- Performances gestuelles (dont capacités de préhension)

Evaluations occupationnelles

- Activités Journalières (dont pratique sport, musique)
- Activité scolaire /professionnelle

Nombre de séance(s) :

Rééducation

Indications :

Réadaptation /Réinsertion

Indications :

Visite à domicile

(Acte réalisable selon contexte et disponibilité)

Visite sur le lieu de travail

(Acte réalisable selon contexte et disponibilité)

Date :

Signature du Praticien

INFORMATIONS MEDICALES à L'ATTENTION DE L'ERGOTHERAPEUTE

(avec l'autorisation du Patient)

Date dépistage maladie ou Accident :	
Diagnostic	
Retentissement fonctionnel	
Evolution du trouble de la préhension	
Contre-indication(s) médicale(s) Précautions à prendre :	

Autre(s) observation(s) :