

Partie HAD : A enregistrer dans DOMICILE « Kiné » ou « Ortho » selon le professionnel

BILAN DE REEDUCATION

Merci de nous transmettre ce document selon mode opératoire au verso

Patient :

Praticien :

EVALUATION : le :

- | | | |
|--|--|--------------------------------------|
| ☐ Soins palliatifs | ☐ Rééducation neurologique | ☐ Orthophonie |
| ☐ Rééducation locomotrice | ☐ Kinésithérapie respiratoire | |

Respiratoire :

Langage :

Locomoteur :

Neurologique :

Autonomie :

Déglutition :

Douleur :

PROJET DE REEDUCATION

Objectifs :

-
-

Fréquence : / semaine

MATERIEL

Besoins :

MODE D'EMPLOI

- Evaluation en début de prise en charge
- Evaluation en cas de changement d'état clinique et de changement de projet
- Evaluation tous les 3 mois dans les situations chroniques stables

***A transmettre à l'HAD Soins & Santé :
Par l'application mobile Soins et Santé***

En cas de défaut d'utilisation :
Fax : 04 78 08 04 58
Mail : seclib@hadlyon.asso.fr