

Patient concerné : NOM Prénom Date de naissance	Kiné (Nom, Signature et tampon)
Bilan <input type="checkbox"/> Initial <input type="checkbox"/> Mensuel <input type="checkbox"/> Fin de prise en charge	Date du bilan :

Bilan fonctionnel	Transfert / Lever au fauteuil / Verticalisation Motricité/ Mobilité Marche et périmètre Fatigabilité Appareillage	
--------------------------	---	--

Bilan articulaire	Position spontanée au lit Amplitude articulaire Limitation/rétraction/	
--------------------------	--	--

Bilan spécifique	<input type="checkbox"/> Bilan douleur <input type="checkbox"/> Bilan Pneumologique <input type="checkbox"/> Bilan cutané Escarre/prévention/ installation <input type="checkbox"/> Bilan neurologique spasticité Autre :	
-------------------------	---	--

Diagnostic Kiné	Objectifs de prise en charge Moyens	
Nombre de séances par semaine (Impératif) :		