



PROTÉGÉ A (une fois rempli)

Autocollant du patient

Formulaire d'orientation Conditionnement physique adapté des PSP

RENSEIGNEMENTS SUR LE MILITAIRE
Grade : _____ N° matricule : _____
Nom de famille : _____
Prénom : _____
Unité : _____ N° de tél. : _____
Autre : _____

ORIENTATION VERS LE SERVICE SUIVANT
À déterminer par PSP
Programme prénatal et post-partum (PNP3)
Réadaptation pour la performance (R4P)
R4P-haut du corps R4P-bas du corps
QuickDash ÉFMI
IIC Questionnaire FAAM
R4P-colonne vertébrale
<i>Insérer ici le nom d'un programme local</i>
<i>Insérer ici le nom d'un programme local</i>
Autre : _____

INDICATIONS, PRÉCAUTIONS ET CONTRE-INDICATIONS À ENVISAGER

LE MILITAIRE REÇOIT AUSSI DES SERVICES
de physiothérapie de gestion de cas
d'ergothérapie psychosociaux
PRAS
Autres : _____
DEMANDE DE RAPPORT DE PROGRESSION
Une fois, avant la date suivante : _____
Tous les mois
Aucun rapport
Autre : _____

REMARQUES SUPPLÉMENTAIRES
Veuillez communiquer avec le responsable de l'orientation ci-dessous pour en discuter.

PERSONNE RESPONSABLE DE L'ORIENTATION
Grade & Nom : _____
Poste : _____
Adresse électronique : _____
N° de téléphone : _____
Signature : _____
Date : _____

Ce rapport est numérisé dans le Système d'information de santé des Forces canadiennes.

PROTÉGÉ A (une fois rempli)