

PRÉVENTION DÉNUTRITION POST COVID

⑥ FICHE DE LIAISON NUTRITIONNELLE : ORDONNANCES, AIDE A L'ORIENTATION

PRESCRIPTION DE SÉANCES DE KINÉSITHÉRAPIE POUR DÉNUTRITION POST COVID

Patient	MÉDECIN
Nom :	Nom/prénom :
Prénom :	Spécialité :
Date de Naissance/ âge :	Structure :
	Adresse d'exercice :
	Code postal :
	Tel :
	Mail :

Date :

Renseigner impérativement : Date d'apparition des 1^{ers} symptômes COVID :
ou jour de la sortie CH/SSR :

Renforcement musculaire des 4 membres

Kinésithérapie respiratoire : Initialement sous : Air ambiant Oxygène : débit : Repos : L/min
Effort : L/min

A domicile au cabinet

Nombre de séances et fréquence à l'appréciation du kinésithérapeute et en accord avec le patient.

Merci de renseigner la fiche de liaison kinésithérapeute à l'issue des séances (à adresser au prescripteur par mail si possible)

Signature et cachet du médecin

PRÉVENTION DÉNUTRITION POST COVID

⑥ FICHE DE LIAISON NUTRITIONNELLE : ORDONNANCES, AIDE A L'ORIENTATION

FICHE DE LIAISON KINÉSITHÉRAPEUTE

A renseigner à l'issue de la séance par le kinésithérapeute à destination du patient, son entourage et ses soignants

Patient Nom : Prénom : Date de Naissance/ âge :	Kinésithérapeute : Nom/prénom : Adresse : Tel : Mail :
---	---

J0/ J10/J20/J30/ et plus tard : Indiquez la date JJ/MM/AA et le mode de consultation/téléconsultation :

Date	JX
Statut nutritionnel :	Poids actuel/poids avant la maladie Dénutrition modérée/sévère
Capacités motrices Difficultés rencontrées	
Actions mises en place	
Points d'alertes Amaigrissement ? Dyspnée ? Souffrance psychologique ? Dénutrition sévère ? Alerte médecin ? Nécessité diététicien ?	
Indices de récupération :	
Remarques patients/entourage	