

**INFORMATIONS RELATIVES AU PATIENT**

Nom	Date de naissance
Conditions associées	
Médication actuelle	
Médecin de famille	

**SECTION PHYSIOTHÉRAPEUTE**

Motif de consultation	
Diagnostic physiothérapique	
Déficiences notées à l'évaluation physiothérapique	Mesures thérapeutiques recommandées
	Classe de médicament suggérée <input type="checkbox"/> Analgésique <input type="checkbox"/> Anti-inflammatoire non-stéroïdiens <input type="checkbox"/> Relaxant musculaire <input type="checkbox"/> Crème topique (préciser) : <input type="checkbox"/> Autre (préciser) :
Suivi	
Signature du physiothérapeute	Date
Coordonnées	

**SECTION PHARMACIEN**

Thérapie médicamenteuse recommandée	
Suivi	
Consultation suggérée avec un physiothérapeute	
Motif :	
Signature du pharmacien	Date
Coordonnées	