

NOM ET PRÉNOM : \_\_\_\_\_ DATE : \_\_\_\_\_

ADRESSE : \_\_\_\_\_ VILLE : \_\_\_\_\_ CODE POSTAL : \_\_\_\_\_

COURRIEL : \_\_\_\_\_ TÉL : \_\_\_\_\_ MOBILE : \_\_\_\_\_

CNESST / SAAQ / IVAC / ACC N° DE DOSSIER : \_\_\_\_\_ DDN : \_\_\_\_\_

MODE DE COMMUNICATION DÉSIRÉE PAR LE PATIENT :  TÉLÉPHONE  SMS  COURRIEL **MON(MA) PATIENT(E) AUTORISE LA TRANSMISSION DE CE FORMULAIRE À SET. IL AUTORISE AUSSI SET À COMMUNIQUER AVEC L'AGENT PAYEUR S'IL**

## TENS (section obligatoire)

DIAGNOSTIC : \_\_\_\_\_

## LISTE DE PROBLÈME(S) :

- Douleur
- Difficulté de sommeil dû à la douleur
- Diminution de la fonction
- Médication (peu efficace, effets indésirables)
- Incontinence, cystite, douleur pelvienne

## OBJECTIF(S) :

- Soulagement de la douleur
- Favoriser le sommeil
- Amélioration de la fonction
- Complément à la médication
- Amélioration de la fonction urinaire (protocole nerf tibial post.)

**OU**

## STIMULATEUR NEUROMUSCULAIRE (section obligatoire)

DIAGNOSTIC : \_\_\_\_\_

MUSCLE À STIMULER: 1- \_\_\_\_\_ 2- \_\_\_\_\_

EXERCICE À FAIRE EN SIMULTANÉ AVEC LE STIMULATEUR : \_\_\_\_\_  
(OU JOINDRE LE PROGRAMME D'EXERCICES À CE FORMULAIRE)

- LISTE DE PROBLÈMES :
- 
- ↓ Force musculaire
- 
- 
- ↓ Contrôle musculaire
- 
- 
- ↓ Amplitude articulaire
- 
- 
- ↓ Endurance musculaire
- 
- 
- Autre \_\_\_\_\_

- OBJECTIF(S) :
- 
- Toutes les unités motrices
- 
- 
- Endurance
- 
- 
- Force

 JE DÉSIRE QUE LE/LA THÉRAPEUTE DE SET DÉTERMINE LES PARAMÈTRES**OU** JE DÉSIRE QUE LE/LA THÉRAPEUTE DE SET PROGRAMME LES PARAMÈTRES SUIVANTS :

DURÉE D'IMPULSION _____ µs	FRÉQUENCE _____ Hz	FRÉQUENCE DE REPOS _____ Hz
TEMPS ON _____ Sec	TEMPS OFF _____ Sec	TEMPS DE TRAITEMENT _____ Min
TEMPS MONTÉE _____ Sec	TEMPS DESCENTE _____ Sec	FRÉQUENCE DE TRAITEMENT _____

CLINIQUE \_\_\_\_\_ THÉRAPEUTE (LETTRES MOULÉES) \_\_\_\_\_

SIGNATURE THÉRAPEUTE \_\_\_\_\_ COURRIEL THÉRAPEUTE \_\_\_\_\_

 Je désire avoir un compte-rendu de l'enseignement

Note :

***Veuillez nous faire parvenir ce formulaire ainsi que la prescription médicale******Par fax: au 1 855 358-4184 ou au <https://www.canadaset.com/fr/formulaire-recommandation>***

NOM ET PRÉNOM : \_\_\_\_\_ DATE : \_\_\_\_\_

ADRESSE : \_\_\_\_\_ VILLE : \_\_\_\_\_ CODE POSTAL : \_\_\_\_\_

COURRIEL : \_\_\_\_\_ TÉL : \_\_\_\_\_ MOBILE : \_\_\_\_\_

 CNESST /  SAAQ /  IVAC /  ACC N° DE DOSSIER : \_\_\_\_\_ DDN : \_\_\_\_\_MODE DE COMMUNICATION DÉSIRÉE PAR LE PATIENT :  TÉLÉPHONE  SMS  COURRIEL **MON(MA) PATIENT(E) AUTORISE LA TRANSMISSION DE CE FORMULAIRE À SET. IL AUTORISE AUSSI SET À COMMUNIQUER AVEC L'AGENT PAYEUR**

## STIMULATEUR MUSCULAIRE DÉNERVÉ (section obligatoire)

DIAGNOSTIC : \_\_\_\_\_

 **JE SUIS PHYSIOTHÉRAPEUTE EXPERT EN ÉLECTRODIAGNOSTIC** Je fournis l'électrodiagnostic (svp annexer) Je fournis les paramètres à programmer **JE NE SUIS PAS PHYSIOTHÉRAPEUTE EXPERT EN ÉLECTRODIAGNOSTIC** SVP référer mon patient vers un expert en électrodiagnostic Mon patient a déjà été référé en électrodiagnostic Autre \_\_\_\_\_PROBLÉMATIQUE :  Lésion nerveuse périphérique

MUSCLE(S) A STIMULER (DEUX MAXIMUM): \_\_\_\_\_

OBJECTIF :  Entretenir les fibres musculaires dénervées pendant la phase de réadaptation Autre \_\_\_\_\_**\*SVP prendre une photo de l'emplacement des électrodes avec le téléphone du patient pour référence visuelle.**

MUSCLE(S) À STIMULER 1 :

DI \_\_\_\_ Ms    Repos entre les contractions \_\_\_\_ Sec

Position du patient

Série 1 : \_\_\_\_\_

Série 2 : \_\_\_\_\_

Série 3 : \_\_\_\_\_

Nb contraction(s) par série \_\_\_\_\_

Temps/repos entre séries \_\_\_\_\_

MUSCLE(S) À STIMULER 2 :

DI \_\_\_\_ Ms    Repos entre les contractions \_\_\_\_ Sec

Position du patient

Série 1 : \_\_\_\_\_

Série 2 : \_\_\_\_\_

Série 3 : \_\_\_\_\_

Nb contraction(s) par série \_\_\_\_\_

Temps/repos entre séries \_\_\_\_\_

CLINIQUE \_\_\_\_\_

THÉRAPEUTE (LETTRES MOULÉES) \_\_\_\_\_

SIGNATURE THÉRAPEUTE \_\_\_\_\_

COURRIEL THÉRAPEUTE \_\_\_\_\_

 **Je désire avoir un compte-rendu de l'enseignement**

Note :