

RECOMMANDATION EN ÉLECTROTHÉRAPIE PÉRINÉALE & PELVIENNE

NOM ET PRÉNOM : _____ DDN : _____ DATE : _____
ADRESSE : _____ VILLE : _____ CODE POSTAL : _____
COURRIEL : _____ TÉL : _____ MOBILE : _____

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 Y A LIEU

COCHER SI L'UNE DE CES CONDITIONS S'APPLIQUE :

Cancer local Stimulateur cardiaque Pathologie urétrale Fistule, lichen scléreux
 Cancer circulatoire / métastatique Mycose ou infection Implant électronique Autre : _____

DIAGNOSTIC : _____

OBJECTIF :

Gestion de la douleur

Voie interne Voie externe

LISTE DE PROBLÈME(S) :

Douleur pelvi-périnéale
 Dysménorrhées
 Syndrome de la vessie douloureuse
 Douleur cicatricielle
 Douleur à l'accouchement
 Tranchées
 Douleurs musculosquelettiques
 Autres _____

Rééducation périnéale et pelvienne

Voie interne Voie externe

LISTE DE PROBLÈME(S) :

Incontinence urinaire
 D'effort
 Urgenturie
 Mixte
 Hyperactivité vésicale (stimulation nerf tibial post.)
 Faiblesse du plancher pelvien
 Incontinence fécale
 Autre _____

Ma patiente a expérimenté l'insertion de la sonde.

Examen palpatoire réalisé pour valider la possibilité de l'insertion de la sonde.

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

Achat de sonde nécessaire.

Achat d'électrodes autocollantes

CLINIQUE _____ COURRIEL _____
SIGNATURE PROFESSIONNEL _____ PROFESSIONNEL (LETTRES MOULÉES) _____

SPÉCIFICATIONS AU TRAITEMENT :