

Code médecin :

Matricule :
Nom patient :
Numéro accident :
Date accident :

.....
.....
.....

Ordonnance Médicale : Kinésithérapie

Date :	
Type ordonnance :	<input type="checkbox"/> Nouveau traitement <input type="checkbox"/> Bilan ZB10 (type de traitement et nombre/fréquence à ne pas remplir) <input type="checkbox"/> Prolongation
Type de traitement :	<input type="checkbox"/> Pathologie courante (max. 8 séances) <input type="checkbox"/> Pathologie lourde (max. 64 séances) <input type="checkbox"/> Rééducation post-chirurgicale (max. 32 séances) Pathologie* : Date intervention :
Nombre/Fréquence (à ne pas remplir pour ZB10): Nombre : séances Fréquence (facultatif) : séances/semaine	
Traitement (actes non cumulables –une seule case peut être cochée): <input type="checkbox"/> ZK10 Rééducation orthopédique simple (une articulation périphérique) Partie du corps* : <input type="checkbox"/> ZK11 Rééducation orthopédique complexe (tronc vertébrale ou plusieurs articulations périphériques) Partie(s) du corps* : <input type="checkbox"/> ZK12 Rééducation respiratoire <input type="checkbox"/> ZK13 Rééducation du plancher pelvien <input type="checkbox"/> ZK14 Rééducation concernant une pathologie d'origine neurologique affectant un seul membre <input type="checkbox"/> ZK15 Rééd. concernant une pathologie d'origine neurologique affectant plusieurs membres et/ou le tronc <input type="checkbox"/> ZK16 Drainage lymphatique manuel d'un membre <input type="checkbox"/> ZK17 Drainage lymphatique manuel de plusieurs membres <input type="checkbox"/> ZB10 Bilan	
Traitement à domicile <input type="checkbox"/> ZD10 Frais de déplacement	
<input type="checkbox"/> Demande d'une fiche de synthèse	
Remarque(s) :	Signature/cachet du médecin

*Indication obligatoire, listes détaillées au verso / Invalidation par le(s) prestataire(s) au verso

Invalidation par le prestataire 1 <input type="checkbox"/> totalité des prestations délivrées <input type="checkbox"/> annulée et remplacée par ordonnance du <input type="checkbox"/> partielle – nombre de séances prestées : /	Date/Signature/cachet
Invalidation par le prestataire 2 <input type="checkbox"/> totalité des prestations délivrées <input type="checkbox"/> annulée et remplacée par ordonnance du <input type="checkbox"/> partielle – nombre de séances prestées : /	Date/Signature/cachet
Champ libre à utiliser pour remarques ou en cas de plus que deux prestataires consécutifs	

En cas de succession de plusieurs prestataires, l'ordonnance partiellement invalidée est à remettre au patient qui la présentera au prochain prestataire pour continuation des soins. Après prestation de la dernière séance prévue ou en cas d'interruption du traitement, l'ordonnance invalidée de façon définitive est à remettre au patient qui est responsable de son archivage

Référentiels

Liste des pathologies lourdes (conformément à l'annexe G des statuts de la CNS)

Code	Libellé
L01	Scoliose évolutive à partir de 20° (angle de Cobb)
L02	Malformation squelettique congénitale grave et invalidante
L03	Arthrogrypose
L04	Polyarthrite chronique inflammatoire
L05	Spondylarthrite ankylosante
L06	Myopathie
L07	Affection broncho-pulmonaire chronique irréversible obstructive et/ou restrictive
L08	Paralysie
L09	Paraplégie
L10	Tétraplégie
L11	Hémiplégie
L12	Sclérose en plaques
L13	Sclérose latérale amyotrophique
L14	Infirmité motrice cérébrale
L15	Maladie de Parkinson
L16	Maladie d'Alzheimer
L17	Lymphoedème après chirurgie carcinologique

Liste des parties de corps (conformément à l'annexe G des statuts de la CNS)

Code	Libellé
C01	Epaule
C02	Coude
C03	Poignet
C04	Main
C05	Hanche
C06	Genou
C07	Cheville
C08	Pied
C09	Bassin
C10	Maxillaires
C11	Thorax
C12	Colonne cervicale
C13	Colonne dorsale
C14	Colonne lombaire/sacrée et coccyx