

Demande de prise en charge de réhabilitation

A NOUS RETOURNER

Date de demande : / /

Tél : 04 76 51 53 78

Fax : 04 76 42 88 05

admission@agiradom.com

Contact Prescripteur

Nom / Prénom : Fonction :
Spécialité : N° Tél. : N° Fax :
Etablissement : Service : Ville :

Contact Patient

Nom / Prénom : Né(e) le : / /
Adresse :
CP : Ville : N° Tél. :
Actuellement : Hospitalisé A domicile Autre N° Tél. :

Cocher la prise en charge concernée

LES DOCUMENTS A NOUS TRANSMETTRE

IMPLICATION DANS UNE ACTIVITE PHYSIQUE AU QUOTIDIEN

- Courrier médical
- Prescription AGIR à dom.



ENTRAINEMENT GENERALISE (ergocycle)

- Courrier médical
- Évaluation cardio respiratoire à l'effort + épreuve à l'effort avec absence de contre-indication cardiaque à l'effort ou la cas échéant, avis cardiologique favorable
- Ordonnance « séance de remusculation des membres inférieurs et supérieurs +/- de kinésithérapie respiratoire à domicile »



- Conseils nutritionnels
- Oxygénothérapie
- Ventilation Non Invasive
- Suivi Parkinson

ENTRAINEMENT MUSCULAIRE LOCALISE

- Courrier médical
- Ordonnance « séance de remusculation des membres inférieurs et supérieurs +/- de kinésithérapie respiratoire à domicile »



- Spirotiger
- Électrostimulateurs

RECONDITIONNEMENT PHYSIQUE DOUX ET RENUTRITION

- Courrier médical
- Ordonnance « séance de remusculation des membres inférieurs et supérieurs +/- de kinésithérapie respiratoire à domicile »



inférieurs et supérieurs +/- de kinési-