

Ville / Département : .....  
 Prénom : .....  
 Age : ..... Sexe :  M  F  
 Médecin : .....  
 Pédiatre  Généraliste   
 Hôpital  Autre  .....

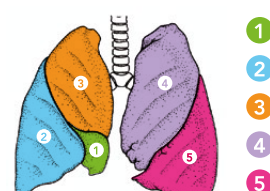
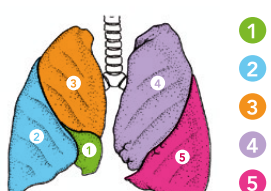
Nombre de séances antérieures : .....  
 Date de l'ordonnance : .....  
 Date de début de la pathologie : .....  
**Kinésithérapeute de garde :** .....  
**Email kinésithérapeute :** .....

Observations, Antécédents : .....  
**Mode de garde**  
 Nourrice  Maison  Crèche  
 Parent fumeur :  oui  non

**Traitement médical**  
 Antibiotique  
 Anti inflammatoire  
 Mucolytique  
 Bronchodilatateur  
 Antipyrétique

Éducation à la DRP  oui  non      Éducation à l'utilisation du babyhaller ou aérosolthérapie  oui  non

**Pathologie :** Bronchiolite 1<sup>er</sup> épisode       Récidive       Encombrement bronchique       Asthme du nourrisson       Autre :  .....

Tableau clinique	Date : .....	Montant / Résultat	Date : .....	Montant / Résultat
1/ Fréquence respi FR	< 30 <input type="checkbox"/> 31-45 <input type="checkbox"/> 46-60 <input type="checkbox"/> > 60 <input type="checkbox"/>	...../3	< 30 <input type="checkbox"/> 31-45 <input type="checkbox"/> 46-60 <input type="checkbox"/> > 60 <input type="checkbox"/>	...../3
2/ Tirages	Ø <input type="checkbox"/> Intercostal <input type="checkbox"/> Sus sternal <input type="checkbox"/> Sévère <input type="checkbox"/>	...../3	Ø <input type="checkbox"/> Intercostal <input type="checkbox"/> Sus sternal <input type="checkbox"/> Sévère <input type="checkbox"/>	...../3
3/ État général	Normal <input type="checkbox"/> Difficultés alimentaires <input type="checkbox"/> Vomissements <input type="checkbox"/> Sommeil perturbé <input type="checkbox"/> Fièvre : ..... <input type="checkbox"/>	...../3	Normal <input type="checkbox"/> Difficultés alimentaires <input type="checkbox"/> Vomissements <input type="checkbox"/> Sommeil perturbé <input type="checkbox"/> Fièvre : ..... <input type="checkbox"/>	...../3
4/ Wheezing	Auscultation avant séance ...../3	...../3	Auscultation avant séance ...../3	...../3
<b>Fiche auscultation</b> Sibilants Craquements <i>Veillez préciser les bruits adventices entendus (C : craquements, S : sibilances, CS : craquements et sibilances, ainsi que leur localisation)</i>	 1 2 3 4 5	Ø <input type="checkbox"/> Audible fin expiration ou auscultation <input type="checkbox"/> Audible sur toute l'expiration <input type="checkbox"/> Audible sur l'inspiration et l'expiration <input type="checkbox"/>	 1 2 3 4 5	Ø <input type="checkbox"/> Audible fin expiration ou auscultation <input type="checkbox"/> Audible sur toute l'expiration <input type="checkbox"/> Audible sur l'inspiration et l'expiration <input type="checkbox"/>
<b>Résultat*</b>	...../12		...../12	
<b>Traitement</b>	VAS : écoulement, obstruction Absent <input type="checkbox"/> Présent <input type="checkbox"/> Intense <input type="checkbox"/> VAI : sécrétions Absent <input type="checkbox"/> Présent <input type="checkbox"/> Intense <input type="checkbox"/>		VAS : écoulement, obstruction Absent <input type="checkbox"/> Présent <input type="checkbox"/> Intense <input type="checkbox"/> VAI : sécrétions Absent <input type="checkbox"/> Présent <input type="checkbox"/> Intense <input type="checkbox"/>	
<b>Observations</b>	Observations de fin de séance : .....		Observations de fin de séance : .....	
<b>Conclusion</b>	DRP acquise oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> Arrêt <input type="checkbox"/> Revoir demain <input type="checkbox"/> Revoir après demain <input type="checkbox"/> Consultation médicale <input type="checkbox"/> Urgences <input type="checkbox"/>		DRP acquise oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> Arrêt <input type="checkbox"/> Revoir demain <input type="checkbox"/> Revoir après demain <input type="checkbox"/> Consultation médicale <input type="checkbox"/> Urgences <input type="checkbox"/>	

\* Bronchiolite Bénigne : score de 0 à 3. Pas de Kinésithérapie respiratoire, simple surveillance.  
 Bronchiolite modérée : score de 4 à 9. Suivi kiné.  
 Bronchiolite sévère : score > 9. Kinésithérapie peu recommandée (avis médical).

**0 810 817 812** Service 0,06 € / min + prix appel

**Valider**