

# PTG : Suivi du patient en RRAC

## Fiche de Kinésithérapie

**CPTS**  
PAYS DE LORIENT  
RRAC

Nom du patient :

Prénom :

Date de naissance :

Date de la chirurgie :

Adresse :

Code postal :

Commune :

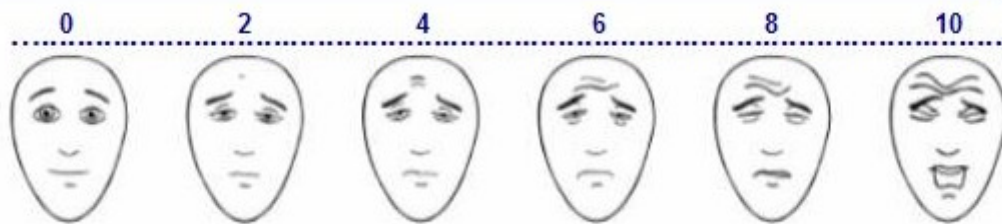
2 séances par jour pendant 3 jours, dès le retour à domicile.

### J1 à domicile

Date :

1- Douleur ? Oui  Non

Si oui, précisez où : ..... et cotez sur l'échelle :



2- Oedème ? Oui  Non

Si oui, précisez : genou  cheville

3- Rougeur ? Oui  Non

4- Chaleur ? Oui  Non

**Si 2 oui**

- Limiter la marche
- Mettre en déclive
- Glacer
- Appeler le chirurgien

5- Amplitude articulaire : flexion .....° extension .....°

6- Sidération musculaire (quadriceps) Oui  Non

7- Fonction : béquillage Oui  Non

escalier Oui  Non

8- Autonomie : s'habille seul Oui  Non

toilette seul Oui  Non

périmètre marche ..... m



# PTG : Suivi du patient en RRAC

## Fiche de Kinésithérapie

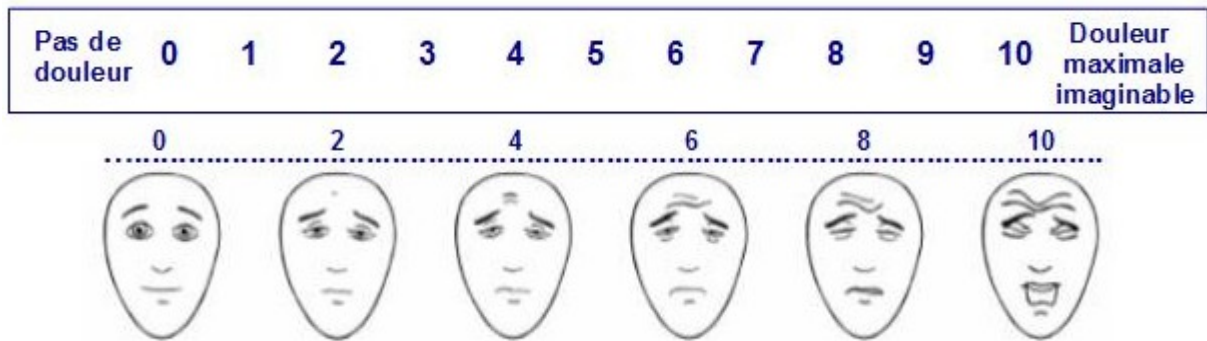
Nom du patient : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_  
 Date de naissance : \_\_\_\_\_ Date de la chirurgie : \_\_\_\_\_  
 Adresse : \_\_\_\_\_  
 Code postal : \_\_\_\_\_ Commune : \_\_\_\_\_

### J2 à domicile

Date : \_\_\_\_\_

1- Douleur ? Oui  Non

Si oui, précisez où : .....et cotez sur l'échelle :



2- Oedème ? Oui  Non

Si oui, précisez : genou  cheville

3- Rougeur ? Oui  Non

4- Chaleur ? Oui  Non

- Si 2 oui**
- Limiter la marche
  - Mettre en déclive
  - Glacer
  - Appeler le chirurgien

5- Amplitude articulaire : flexion .....° extension .....°

6- Sidération musculaire (quadriceps) Oui  Non

7- Fonction : béquillage Oui  Non

escalier Oui  Non

8- Autonomie : s'habille seul(e) Oui  Non

toilette seul(e) Oui  Non

périmètre marche ..... m

# PTG : Suivi du patient en RRAC

## Fiche de Kinésithérapie

Nom du patient :

Prénom :

Date de naissance :

Date de la chirurgie :

Adresse :

Code postal :

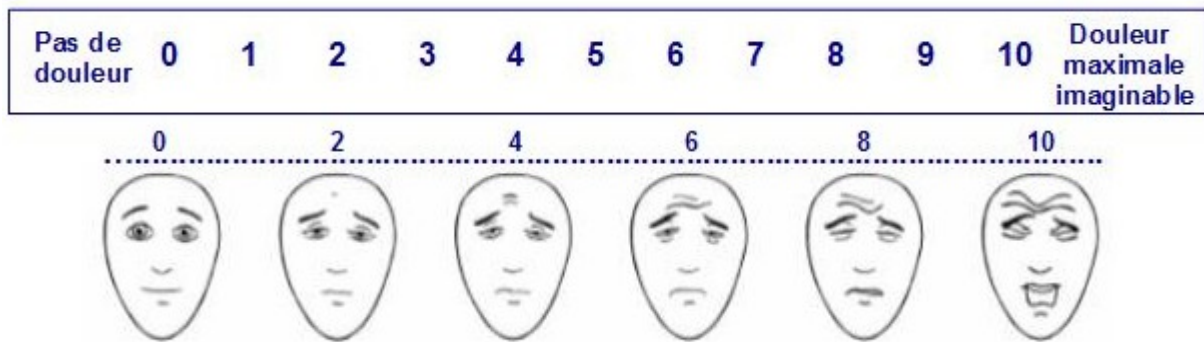
Commune :

### J3 à domicile

Date :

1- Douleur ? Oui  Non 

Si oui, précisez où : .....et cotez sur l'échelle :

2- Oedème ? Oui  Non Si oui, précisez : genou  cheville 3- Rougeur ? Oui  Non 4- Chaleur ? Oui  Non 

- Si 2 oui**
- Limiter la marche
  - Mettre en déclive
  - Glacer
  - Appeler le chirurgien

5- Amplitude articulaire : flexion .....° extension .....°

6- Testing musculaire (quadriceps) : .....

*Merci d'avoir renseigné cette fiche. Elle sera conservée dans le dossier RRAC du patient.*