

Cachet du Praticien

Bilan de Kinésithérapie Respiratoire Pédiatrique

Patient	Prescripteur	Pathologie(s)	Traitement(s)	Antécédent(s)
Nom:	Dr	<input type="checkbox"/> Généraliste	<input type="checkbox"/> Antibiotiques	<input type="checkbox"/> Prématuré né(e)
Prénom:	N° Adeli:	<input type="checkbox"/> Spécialiste	<input type="checkbox"/> Bronchodilatateurs	<input type="checkbox"/> Reflux Gastro-oesoph.
Né(e), le:	N° RPPS:	<input type="checkbox"/> CHU	<input type="checkbox"/> Corticoïdes	<input type="checkbox"/> Allergies
N° de SS:	Date de la PM:	<input type="checkbox"/> Clinique	<input type="checkbox"/> Autres :	<input type="checkbox"/> Autres :
		<input type="checkbox"/> Bronchiolite		
		<input type="checkbox"/> Broncho-pneumopathies		
		<input type="checkbox"/> Asthme du Nourrisson		
		<input type="checkbox"/> Autres :		

	Examen clinique		
	Signes normaux	Signes de gravité modérée	Signes sévères
Alimentation	100 % <input type="checkbox"/>	< 100% et ≥ 50% <input type="checkbox"/>	< 50% <input type="checkbox"/>
Vomissements Régurgitations	∅ <input type="checkbox"/>	Occasionnels <input type="checkbox"/>	Fréquents <input type="checkbox"/>
Apnées	∅ <input type="checkbox"/>	Parfois <input type="checkbox"/>	Fréquentes <input checked="" type="checkbox"/>
Réveils	∅ <input type="checkbox"/>	Occasionnels <input type="checkbox"/>	Fréquents <input type="checkbox"/>
Température	∅ <input type="checkbox"/>	≥ 38°C et < 39°C <input type="checkbox"/>	≥ 39°C <input checked="" type="checkbox"/>
Toux (Fréquence)	∅ <input type="checkbox"/>	Occasionnelles <input type="checkbox"/>	Fréquentes <input type="checkbox"/>
Toux (Qualité)	Non productive <input type="checkbox"/>	Productive <input type="checkbox"/>	Mixte <input type="checkbox"/>
Bruits pulmonaires	Normaux <input type="checkbox"/>	Sibilants <input type="checkbox"/>	Crépitants <input type="checkbox"/>
Coloration Labiale	Normale <input type="checkbox"/>	Pâle <input type="checkbox"/>	Cyanosée <input checked="" type="checkbox"/>
Mucosités	Séreuses (Translucides) <input type="checkbox"/>	Muco-purulentes (Jaunes) <input type="checkbox"/>	Purulentes (Vertes) <input type="checkbox"/>

	Examen clinique (suite)		
	Signes normaux	Signes de gravité modérée	Signes sévères
Voies Aériennes Supérieures (VAS)	Dégagées <input type="checkbox"/> <input type="radio"/>	Encombrées <input type="checkbox"/> <input type="radio"/>	Obstruées <input type="checkbox"/> <input type="radio"/>
Saturation	≥ 98 % <input type="checkbox"/> <input type="radio"/>	97 - 94 % <input type="checkbox"/> <input type="radio"/>	< 94 % <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="radio"/>

	Score de WANG			
	< 30 0 pt	30-45 1 pt	46-60 2 pts	> 60 3 pts
Fréquence respiratoire enfant	<input type="checkbox"/> <input type="radio"/>	<input type="checkbox"/> <input type="radio"/>	<input type="checkbox"/> <input type="radio"/>	<input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="radio"/>
Wheezing (Sifflements)	Aucun <input type="checkbox"/> <input type="radio"/>	Audible en fin d'Expiration ou à l'auscultation <input type="checkbox"/> <input type="radio"/>	Audible sur toute l'Expiration ou sans stéthoscope <input type="checkbox"/> <input type="radio"/>	Audible à l'Inspir. / Expir. sans stéthoscope <input type="checkbox"/> <input type="radio"/>
Signes de tirage	Aucun <input type="checkbox"/> <input type="radio"/>	Intercostal seulement <input type="checkbox"/> <input type="radio"/>	Sus sternal ou xiphoïdien <input type="checkbox"/> <input type="radio"/>	Sévère avec batte. des Ailes du nez <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="radio"/>
Etat Général	Normal <input type="checkbox"/> <input type="radio"/>			Irritable, apathique, difficultés alimentaires <input type="checkbox"/> <input type="radio"/>
Scores à calculer (sur 12 points)	<input type="checkbox"/> <input type="radio"/>	<input type="checkbox"/> <input type="radio"/>	<input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="radio"/>	
	0-3 pts Bronchiolite sans gravité	4 à 7 pts Bronchiolite de gravité modérée	8 à 12 pts Bronchiolite sévère	

Observation(s) éventuelle(s)

Conclusion(s) fin de séance

Fin de traitement <input type="radio"/>	Poursuite du traitement <input type="radio"/>	Revoir le Médecin <input type="radio"/>	Hospitalisation en Urgence <input type="radio"/>
--	--	--	--

Date:

Signature:

PM: Prescription Médicale

Bilan début de séance

Bilan fin de séance

ou Pas de séance / Consultation Médicale