

R S  
L  
S

S L  
R  
S

# COMPTE RENDU DE CONSULTATION DU KINESITHERAPEUTE

Date / /

Nom du Kinésithérapeute et Tampon :

Nom du médecin:

Nom de la patiente :

## DOULEURS

Intensité EVA \_\_\_\_ \ 10 Sièges : .....

## BILANS

### *Bilan cicatriciel :*

Cicatrice :  Normale  Rétractile  Chéloïde  Inflammatoire

### *Bilan de l'épaule* (en degré)

Élévation : Antérieure : \_\_\_\_ latérale : \_\_\_\_ dans le plan de l'omoplate : \_\_\_\_

Rotation interne : \_\_\_\_

Rotation externe : \_\_\_\_

### *Bilan de Lymphoedème*

Date d'apparition : .....

Distal  Mou

Proximal  Dur

Complet  Godet

## SUIVI PROPOSE

Rééducation  Massage  Pressothérapie  Drainage lymphatique

## RESULTATS

Nombre de séances : .....

Soulagement de la douleur : EVA \_\_\_\_ \ 10

Amélioration de la cicatrice : Bonne  Moyenne  Non satisfaisante

Amélioration de la mobilité : Bonne  Moyenne  Non satisfaisante

Régression du Lymphoedème : Bonne  Moyenne  Non satisfaisante