

## Prescription-type

validée par l'Assurance Maladie

Nom du médecin :

Numéro de prescripteur :

Date : ..... / ..... / .....

### **Kinésithérapie respiratoire**

L'enfant ..... âgé de..... nécessite une kinésithérapie respiratoire en urgence au cabinet pour encombrement bronchique(\*).

Le nombre de séances et leur fréquence seront fixés par le kinésithérapeute en fonction de l'évolution.

Signature :

(\*) la justification médicale " pour encombrement bronchique " est facultative.