

BILAN DE KINESITHERAPIE RESPIRATOIRE



Code Postal :	Nombre de séances :	Observations, antécédents :	Traitement médical :
Prénom :	Date de l'ordonnance :		Antibiotiques ☐ Anti-reflux ☐
Age en mois :	Date de prise en charge kiné :		Broncho-dilatateurs ☐ Homéopathie ☐
Nom prescripteur :		Mode de garde : Crèche ☐ Nounou ☐ Maison ☐ Ecole ☐	Corticoïdes inhalés ☐ Paracétamol ☐
Nom médecin traitant :	Date début pathologie :		Corticoïdes oraux ☐ Anti-inflammatoires ☐
Pédiatre ☐	Nom kiné initial :	Né à terme : OUI ☐ NON ☐ (..... jours avant terme)	Corticoïdes nasaux ☐ Chambre d'inhalation ☐
Généraliste ☐		Fratrie : OUI ☐ NON ☐	Anti-histaminiques ☐ Nébuliseurs ☐
Urgentiste ☐	Nom kiné de garde :	Parents fumeurs : OUI ☐ NON ☐ Education à la DRP : OUI ☐ NON ☐	Mucolytiques ☐ Autres (.....) ☐
Spécialiste ☐			Antitussifs ☐ Pas de traitement ☐

Bronchiolite 1er épisode ☐ Récidive ☐ Asthme du nourrisson ☐ Rhinopharyngite ☐ Autre pathologie ☐ Pas de diagnostic médical ☐ Hospit (avant) ☐

		Date :			Date :			Date :			Date :			Date :			Date :											
Absent / Présent / Intense		0	1	2	0	1	2	0	1	2	0	1	2	0	1	2	0	1	2									
Difficultés d'alimentation																												
Fièvre																												
Vomissements																												
Sommeil perturbé																												
Toux : sèche ou grasse																												
Toux : effort, repos, permanente																												
VAS : écoulement, obstruction																												
Gêne spontanée ou à l'AFE																												
Distension gastrique																												
Avant pendant / après la séance		AVANT			APRES			AVANT			APRES			AVANT			APRES			AVANT			APRES					
Absent / Présent / Intense		0	1	2	0	1	2	0	1	2	0	1	2	0	1	2	0	1	2	0	1	2	0	1	2	0	1	2
Modifications	FR																											
	Tirages, Apnées																											
	FC																											
	Coloration, SaO2																											
	↓ Tonus, Vigilance																											
VAI : AUSCULTATION Craquements, Sibillants																												
SECRECTIONS : Claires / Jaunes / Vertes																												
Test de Tolérance : douleur à la pression thoracique lente																												
CONCLUSION :																												
DRP Acquis		OUI ☐ NON ☐			OUI ☐ NON ☐			OUI ☐ NON ☐			OUI ☐ NON ☐			OUI ☐ NON ☐			OUI ☐ NON ☐											
Arrêt		☐			☐			☐			☐			☐			☐											
Revoir demain		☐			☐			☐			☐			☐			☐											
Revoir après-demain		☐			☐			☐			☐			☐			☐											
Consultation médicale		☐			☐			☐			☐			☐			☐											
Urgences		☐			☐			☐			☐			☐			☐											

Les cases rouges correspondent à des critères d'exclusion à la séance de kinésithérapie, et l'enfant doit être dirigé vers un médecin de ville ou les urgences hospitalières sans délai.
Communiquez ces résultats au confrère qui poursuit le traitement.