

Cher Confrère,

Votre patient(e)..... va être hospitalisé(e) dans notre établissement.

Pour nous permettre une prise en charge optimale le jour de l'entrée, pouvez-vous :

- vérifier qu'il n'existe pas de contre-indications aux activités sportives et aux soins d'hydrothérapie à l'aide de la fiche au verso et nous fournir un certificat d'aptitude pour les deux activités.
  
- réaliser un bilan sanguin et nous transmettre les résultats :
  - o **bilan standard** : NFS, VS, Plaquettes / Ionogramme, Urée, Créatinine, Glycémie, TGO, TGP, Gamma GT, Acide urique, Bilan lipidique complet, Fer sérique, TSHus
  - o **bilan standard diabétique** : NFS, VS, Plaquettes / Ionogramme, Urée, Créatinine, Glycémie, TGO, TGP, Gamma GT, Acide urique, Bilan lipidique complet, Fer sérique, TSHus, HBGlyquée
  - o **bilan standard homme > 60 ans** : NFS, VS, Plaquettes / Ionogramme, Urée, Créatinine, Glycémie, TGO, TGP, Gamma GT, Acide urique, Bilan lipidique complet, Fer sérique, TSHus, PSA

En vous remerciant par avance, cher Confrère, de votre attention et vous priant d'agréer l'expression de mes salutations les meilleures.

Dr .....

## FICHE RECAPITULATIVE DES CONTRE-INDICATIONS EN HYDROTHERAPIE

**Nom marital :**

**Nom de naissance :**

**Prénom :**

**Date de naissance :**

**Date de l'évaluation :**

Secteur hydrothérapie	Sauna/hammam	Baignoires hydromassantes	Baignoires sèches
Patient sous traitement antibiotique <input type="checkbox"/>	Patient porteur d'un pacemaker <input type="checkbox"/>	Ulcères de jambes <input type="checkbox"/>	Poids supérieur à 150 kgs <input type="checkbox"/>
Patient contagieux <input type="checkbox"/>	Patient porteur d'un cathéter central <input type="checkbox"/>	Dermatose <input type="checkbox"/>	
Problématiques cutanée (psoriasis en poussée), mycoses, ongles incarnés <input type="checkbox"/>	Patient dont l'IMC est inférieur à 17,5 <input type="checkbox"/>	Dermatite infectieuse <input type="checkbox"/>	
Incontinence urinaire ou fécale <input type="checkbox"/>	Patient ayant subi un curage ganglionnaire <input type="checkbox"/>		
Insuffisance respiratoire sévère <input type="checkbox"/>	Patient asthmatique <input type="checkbox"/>		
Insuffisante cardiaque sévère <input type="checkbox"/>	Patient sous Béta bloquant à forte dose <input type="checkbox"/>		
	Patient sous anticoagulant <input type="checkbox"/>		
	Patient de plus de 65 ans <input type="checkbox"/>		
	Hypertension artérielle sévère <input type="checkbox"/>		

Nombre de cases cochées =

Tampon et signature