



Nom du patient : _____	Kinésithérapeute : Numéro ARB : _____
Prénom : _____	Nom : _____
<input type="checkbox"/> Fille <input type="checkbox"/> Garçon	
Age : _____ mois	Médecin prescripteur
N° Dossier Standard : CK-_____-_____ <small>(exemple : CK-1810-252)</small>	Docteur _____

Date du début des symptômes: _____	Carnet de santé : <input type="checkbox"/>
Date séance 1 (S1) : _____	Date séance 2 (S2) : _____

TRAITEMENT aucun <input type="checkbox"/>							
Broncho-dilatateurs	<input type="checkbox"/>	Corticoïdes	<input type="checkbox"/>	Antibiotiques	<input type="checkbox"/>	Autres	<input type="checkbox"/>

CRITERES A PRENDRE EN COMPTE AVANT LA PRISE EN CHARGE AMBULATOIRE		
Nourrissons à risques	Age < 2 mois	<input type="checkbox"/>
	Prématurité : < 36 semaines d'aménorrhée ou < 2 mois âge corrigé	<input type="checkbox"/>
	Antécédents : Cardiopathie, pathologie pulmonaire chronique	<input type="checkbox"/>

INDICATEURS DE LA FAISABILITE DE LA SEANCE		S1	S2
Evaluation clinique de la tolérance de l'épisode	Biberon : quantité prise < 50% de la prise habituelle (dernière 24 h)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Vomissements et/ou diarrhées > 3 fois/jour	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Fièvre ≥ 39°	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Changement du comportement, troubles du tonus et/ou de la vigilance	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Pâleur, cyanose, sueurs	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Fréquence respiratoire (intense si > 60/mn ou < 25/mn)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Apnées > 8 secondes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Temps de recoloration cutanée > 3 secondes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Tirages (oui si BTA, BAN)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Douleur au test de précontrainte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

CONSEILS ET EDUCATION									
DRP	<input type="checkbox"/>	Mouche Bébé	<input type="checkbox"/>	Tabagisme passif	<input type="checkbox"/>	Hydratation	<input type="checkbox"/>	Hygiène	<input type="checkbox"/>
Technique de moucher	<input type="checkbox"/>	Alimentation	<input type="checkbox"/>	Aération chambre	<input type="checkbox"/>	Couchage	<input type="checkbox"/>	Chambre d'inhalation	<input type="checkbox"/>

EVALUATION DE L'OBSTRUCTION		S1	S2		S1	S2
Toux grasse	spontanée	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	provoquée	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ecoute à distance	Ronflements	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Respiration sifflante (Wheezing)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Auscultation	Ronchis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sibilants	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
AFE Diagnostic	Majoration sonore grasse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Vibrations sous la main thoracique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

DIAGNOSTIC DE L'ENCOMBREMENT		S1	S2		S1	S2
Encombrement	VAS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	VAI	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Contribution	Désobstruction VAS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Désobstruction VAI	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

OBSERVATIONS

DEVENIR et SURVEILLANCE	S1	S2		S1	S2
Revoir demain et/ou dans 2 jours	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Consultation médicale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Arrêt séances	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Orientation Service d'Urgences	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>