# Rééducation

Pathologie : .....

Intervention chirurgicale le : ..... Type d'intervention : .....

Chirurgien référent : .....

Consignes post-opératoires :

Suivi de la rééducation :

| Date, Nom, Signature | Consignes du chirurgien ou du médecin de rééducation | Thérapie et observations |
|---|---|---|
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

| Date, Nom, Signature | Consignes du chirurgien ou du médecin de rééducation | Thérapie et observations |
|---|---|---|
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |