

NOM :

Date :

Prénom :

Age :

Votre enfant va bénéficier d'un traitement par toxines botuliques.

Nous vous remercions de répondre aux questions suivantes :

Votre enfant a-t-il des douleurs ? OUI NON

Précisez la localisation, la fréquence et les circonstances de survenue :

L'installation en position assise est-elle difficile ? OUI NON

Expliquez :

L'habillage, le déshabillage, la toilette sont-ils difficiles ? OUI NON

Expliquez :

Est-il verticalisé avec appareil ? OUI NON

Cette verticalisation est-elle bien supportée ? OUI NON

Expliquez :

Actuellement, il porte :

- Chaussures orthopédiques OUI NON

- Attelles dans les chaussures OUI NON

- Attelles de nuit anti-équin (cheville) : OUI (port régulier - port difficile) NON

Précisez si autre type d'appareillage :

Fréquence de la kinésithérapie :

Qu'attendez-vous des toxines ? inscrivez jusqu'à 3 objectifs (en les mettant par ordre de priorité) :

- Faciliter les soins (toilette, habillage...)
- Faciliter l'installation et/ou la verticalisation
- Diminuer les douleurs
- Améliorer l'état orthopédique
- Autres :