FONDATION PÉGASE
Équitation thérapeutique

RECOMMANDATION MÉDICALE

Nom : _____ Prénom : _____

Date de naissance : _____ Age : _____

Adresse complète : _____

_____

Téléphone domicile : _____

Travail : _____

Cellulaire : _____

Parent/Tuteur : _____

Vit au domicile familial : _____ autre : _____

DOSSIER MÉDICAL

Diagnostic primaire : _____

_____

Diagnostic secondaire : _____

_____

Taille : _____ Poids : _____ Sexe : _____

Diabétique : ☐ _____ Insuline : ☐ _____

Épileptique : ☐ _____ fréquence des crises : _____

Date de la dernière crise : _____

Médicaments administrés : _____

A quelles fins : _____

Maladies transmissibles : oui ☐ non ☐

Détail : _____

Chirurgies : _____ date : _____

_____ _____

Ambulatoire : oui ☐ non ☐ détails : _____

Tonus musculaire (spasticité, flaccidité, etc)

Membres supérieurs : _____

Membres inférieurs : _____

Tronc : _____

Équilibre en position assise : _____

debout : _____

en marchant : _____

Langue : français ☐ langage gestuel ☐ autre : _____

Élocution : correcte ☐ passable ☐ faible ☐

Capacité à comprendre : correcte ☐ passable ☐ faible ☐

Fonctions sensorielles vue : _____

Ouïe : _____

Toucher : _____

Continence : _____

Allergie : _____

AUTORISATION

Par la présente, j'autorise la personne dont le nom figure précédemment à participer au programme d'équitation thérapeutique offert par le Centre Pégase.

Signature du médecin_____ date : _____

Nom du médecin : _____

Adresse : _____

_____

Téléphone : _____