



Ordonnance de soins de podologie

Nom _____

Prénom _____

Tél. patient _____

Date de naissance _____

Adresse _____

Assurance LAMal _____

Sceau du médecin et signature

Date

- Soins pieds à risque**
 - Taille ongles (ongles épaissis, incarnés, mycosés etc..)
 - Callosité (cors, durillons, crevasses aux talons, débridement plaie, etc..)
- Analyse podo-posturale** (évaluation des pressions en dynamique et statique)
- Semelles plantaires et appareillage**
- Conseils hygiène au quotidien et chaussage**
- Evaluation du risque de complications**
(tests sensibilités diapason et monofilament, prise des pouls)