



[Adresse du cabinet]

[Numéro de téléphone]

[Adresse e-mail]

[Site Web du cabinet]

[Date]

### **ORDONNANCE - Podologie (Semelles Orthopédiques)**

Patient : [Nom du patient]

Date de naissance : [Date de naissance du patient]

#### **Traitement podologique :**

- Prescription et réalisation de semelles orthopédiques sur mesure, adaptées aux besoins spécifiques du patient.
- Analyse posturale et de la marche.
- Réalisation d'une empreinte plantaire statique et dynamique.

#### **Suivi :**

- Une consultation de suivi pourra vous être recommandé si nécessaire

#### **Recommandations :**

- Porter les semelles orthopédiques régulièrement, conformément aux indications du professionnel de santé.
- Observer une période d'adaptation progressive aux semelles orthopédiques.
- Informer le professionnel de santé de tout inconfort ou douleur persistante lors du port des semelles.



[Adresse du cabinet]

[Numéro de téléphone]

[Adresse e-mail]

[Site Web du cabinet]

[Date]

### **ORDONNANCE – Pédicurie médicale**

Patient : [Nom du patient]

Date de naissance : [Date de naissance du patient]

#### **Traitement pédicurie médicale :**

- Examen complet des pieds et des ongles.
- Coupe professionnelle des ongles, en prenant soin de ne pas provoquer de blessures ou d'irritations.
- Élimination des callosités et cors, en particulier autour des zones sensibles.
- Traitement des ongles incarnés, si nécessaire.
- Conseils personnalisés d'hygiène et de soins des pieds.

#### **Suivi :**

- Une consultation de suivi dans [nombre de mois] mois est recommandée pour contrôler l'état des pieds et ajuster les soins si nécessaire.