

Officina Ortopedica:

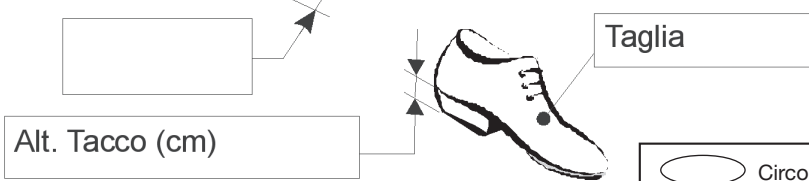
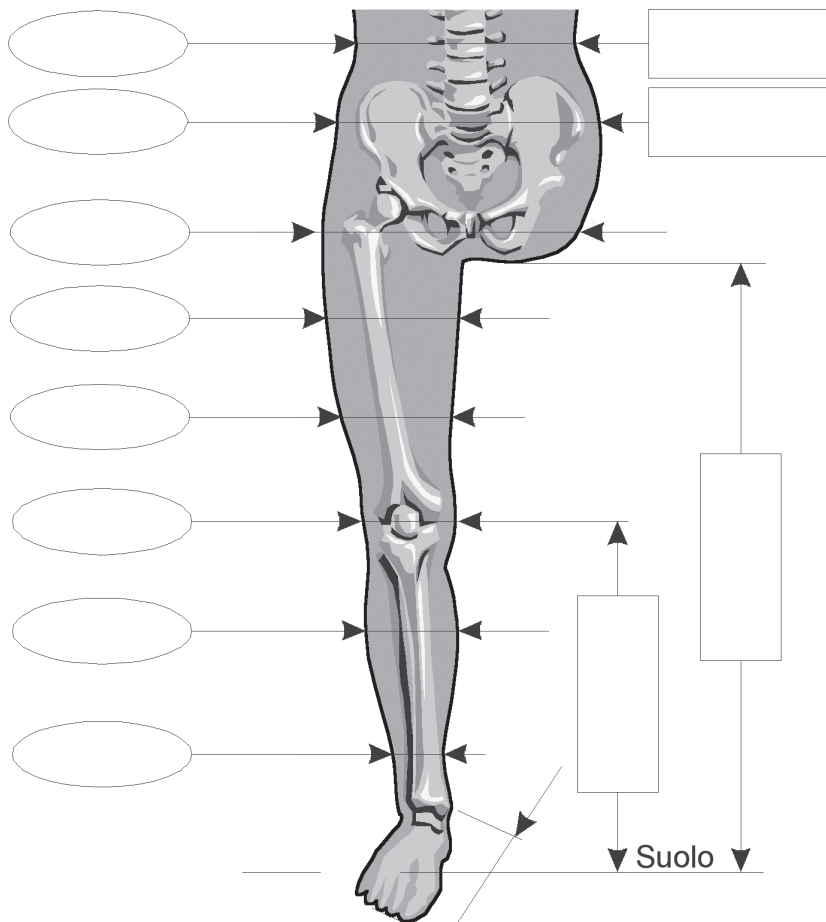
Tecnico Responsabile:

DATI DEL PAZIENTE

Nome:

Sesso	<input type="checkbox"/> M	<input type="checkbox"/> F
Età		
Peso (kg)		
Professione		
Amputazione	<input type="checkbox"/> Destra	<input type="checkbox"/> Sinistra

Altre informazioni sul paziente inerenti alla protesi (es. limitazioni, specificità etc..)



	Circonferenza
	Diametri (calibro)

