

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..)

.....

.....

.....

Tipo di invasore
------------------	-------

Struttura
-----------	-------

Componenti
------------	-------

Note

.....
.....
.....

Informazioni sulla protesi

Tipo di protesi:

.....
.....