

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..)

.....

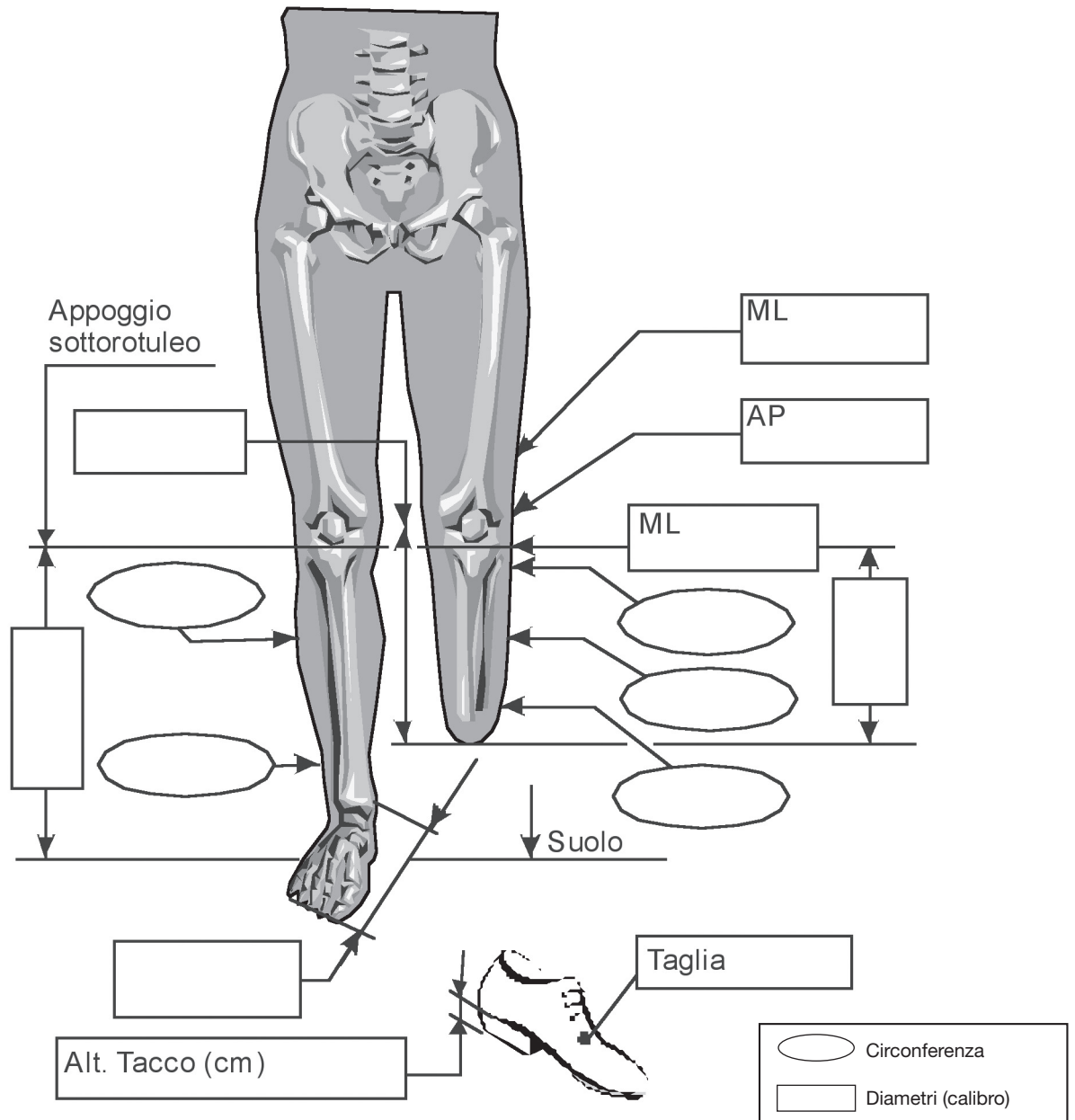
.....

.....

Tipo di invaso
----------------	-------

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

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



Note

.....

.....

.....

Informazioni sulla protesi

Tipo di protesi:

.....

.....