

NOME _____ sesso: M F età _____ peso Kg _____ altezza **U** cm _____

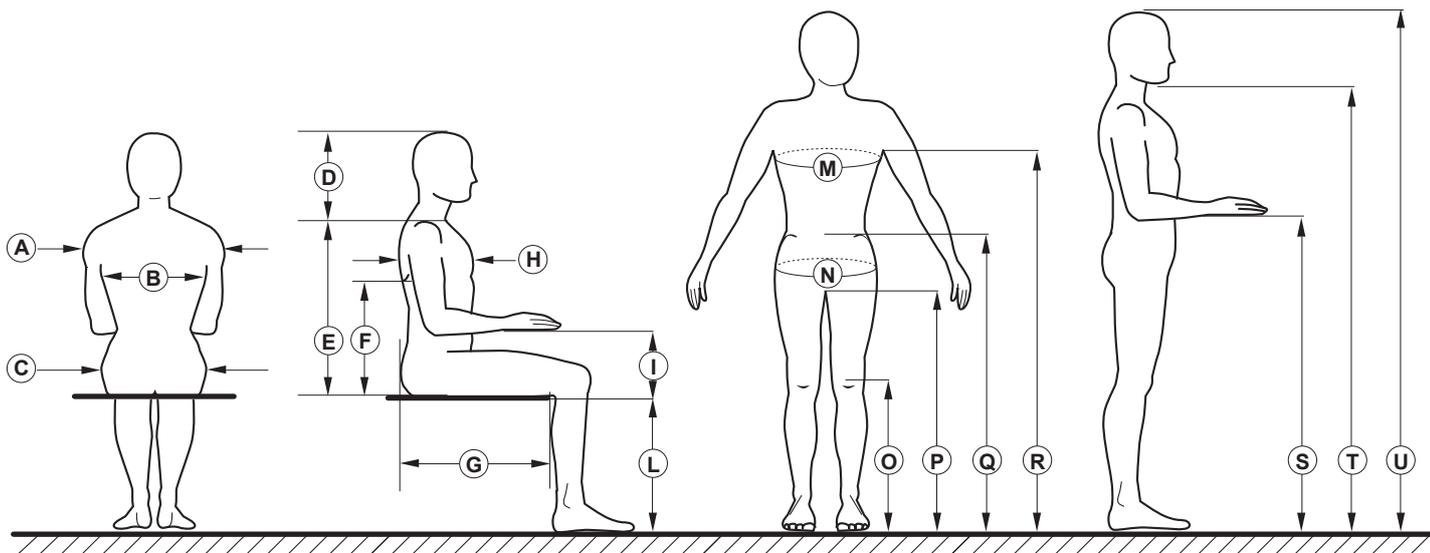
residenza _____

servizio _____ reparto _____

patologia _____

fornitore _____

Annotazioni _____



ATTENZIONE! LE MISURE SI RIFERISCONO: ALL'UTENTE ALL'AUSILIO

PASSEGGINO/CARROZZINA:

- A** Larghezza spallecm _____
- B** Larghezza troncocm _____
- C** Larghezza bacinocm _____
- D** Altezza spalla - capocm _____
- E** Altezza spalle - sedutacm _____
- F** Altezza scapola - sedutacm _____
- G** Distanza cavo popliteo-glutei ..cm _____
- H** Profondità toracecm _____
- I** Altezza gomito - sedutacm _____
- L** Altezza cavo popliteo -terra...cm _____

STABILIZZATORE:

- O** Altezza ginocchia - terra ...cm _____
- P** Altezza inguine - terracm _____
- R** Altezza ascelle - terracm _____
- S** Altezza gomito - terracm _____
- T** Altezza mento - terracm _____

TRICICLO:

- N** Circonferenza bacinocm _____
- P** Altezza inguine - terracm _____
- V** Misura scarpa, lunghezza cm _____

DEAMBULATORE:

- M** Circonferenza torace cm _____
- N** Circonferenza bacino cm _____
- P** Altezza inguine - terra cm _____
- Q** Altezza creste iliache - terra... cm _____
- R** Altezza ascelle - terra cm _____
- S** Altezza gomito - terra cm _____



Ha compilato la scheda il Sig. _____

ORMESA®