

Trattamento di CST & SER

VALUTAZIONE DI:

TUBO DURALE E SEGMENTO FACILITATO

Nome del Paziente: _____

Nome del capo-terapista: _____ Data: ___/___/___

TRAZIONE DEL TUBO DURALE E RILEVAMENTO DEL SEGMENTO FACILITATO DEL PAZIENTE

VALUTAZIONE DEL TUBO DURALE

RILEVAMENTO DEL SEGMENTO FACILITATO NELLA RESTRIZIONE

IL TUBO DURALE PUÒ PRESENTARE DELLE RESTIZIONI:
INDICARE LA / LE RESTRIZIONE / I RILEVATA / E
NOMINANDO LA / LE VERTEBRA / E RELATIVA / E AL PUNTO DELLA RESTRIZIONE

vertebra cervicale

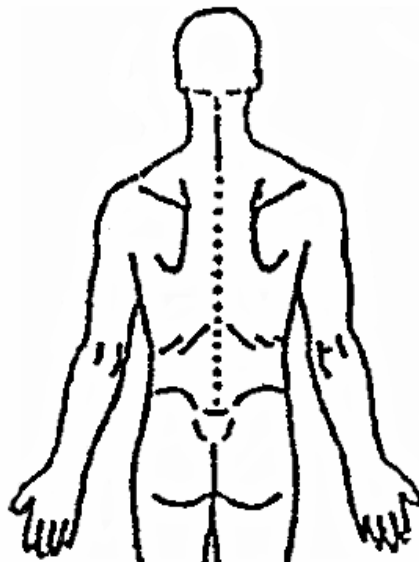
V.C. _____

vertebra toracica

V.T. _____

vertebra lombare

V.L. _____



COMMENTI:
