

Trattamento di CST & SER
VALUTAZIONE DELLE
OSSA DEL PALATO DURO

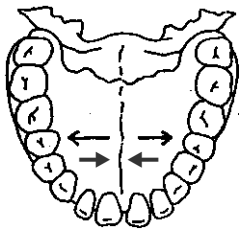
Nome del Paziente: _____

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

VALUTAZIONE DEL MOVIMENTO FISIOLÓGICO DELLE OSSA DEL PALATO DURO DEL PAZIENTE:
MOVIMENTO NORMALE O RESTRIZIONI DEL COMPLESSO SFENO-PALATINO-VOMERO-MAXILLARE

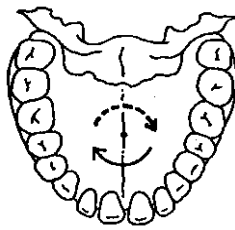
1) PALATO DURO (COMPLESSO MAXILLARE-PALATINO)

A - FLESSOESTENSIONE



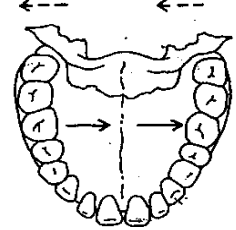
A - COMMENTI

B - TORSIONE



B - COMMENTI

C - SCORRIMENTO

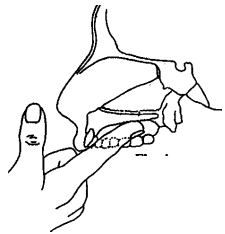


C - COMMENTI

→ D - DECOMPRESSIONE → COMMENTI _____

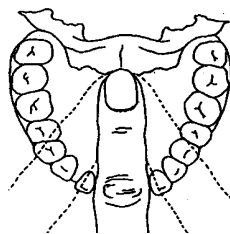
2) VOMERE

A - FLESSOESTENSIONE



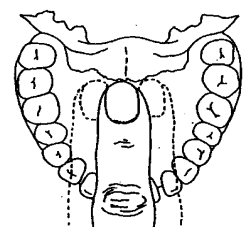
A - COMMENTI

B - TORSIONE



B - COMMENTI

C - SCORRIMENTO

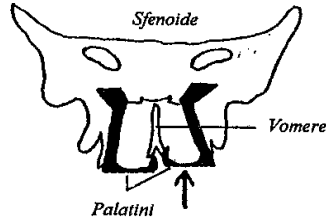


C - COMMENTI

→ D - DECOMPRESSIONE → COMMENTI _____

3) PALATINI

A - MOVIMENTO CEFALICO –

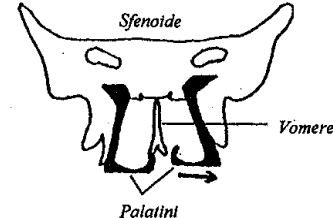


MOBILIZZAZIONE IN DIREZIONE CEFALICA

LIBERA	BLOCCATA
<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO

COMMENTI

B - MOVIMENTO LATERALE –



MOBILIZZAZIONE IN DIREZIONE CEFALICA

LIBERA	BLOCCATA
<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO

COMMENTI

4) OSSA ZIGOMATICHE

A - B – MOBILIZZAZIONE DELLE OSSA ZIGOMATICHE (UNA ALLA VOLTA)

A - MOBILIZZAZIONE ZIGOMO DESTRO

COMMENTI _____

B - MOBILIZZAZIONE ZIGOMO SINISTRO

COMMENTI _____

LIBERO	BLOCCATO
<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO

LIBERO	BLOCCATO
<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO

5) OSSA NASALI

MOBILIZZAZIONE DELLE OSSA NASALI

LIBERE	BLOCCATE
<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO

COMMENTI _____
