

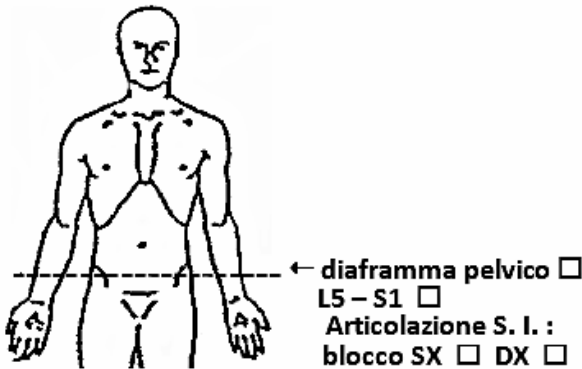
Trattamento di CST & SER
VALUTAZIONE DELLA TENSIONE FASCIALE DEI
5 DIAFRAMMI

Nome del Paziente: _____

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

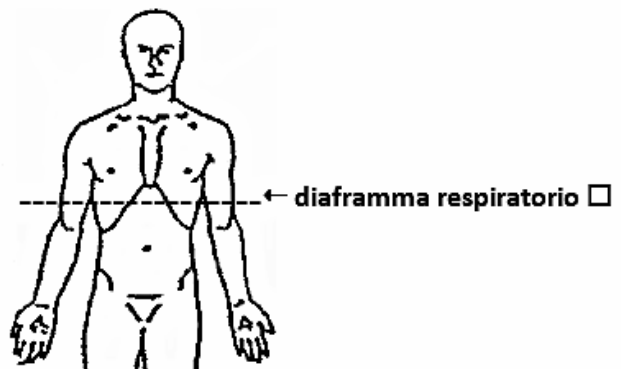
1. VALUTAZIONE DELLA MOBILITÀ FASCIALE DEL:
DIAFRAMMA PELVICO

INDICARE L'AREA DOVE EVENTUALMENTE SI RILEVA LA RESTRIZIONE, BARRANDO QUI SOTTO CON UNA X LA CASELLA CORRISPONDENTE, DI FIANCO AL DIAFRAMMA



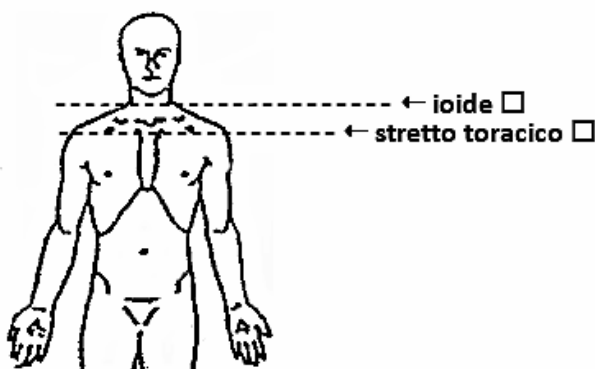
2. VALUTAZIONE DELLA MOBILITÀ FASCIALE DEL:
DIAFRAMMA RESPIRATORIO

INDICARE L'AREA DOVE EVENTUALMENTE SI RILEVA LA RESTRIZIONE, BARRANDO QUI SOTTO CON UNA X LA CASELLA CORRISPONDENTE, DI FIANCO AL DIAFRAMMA



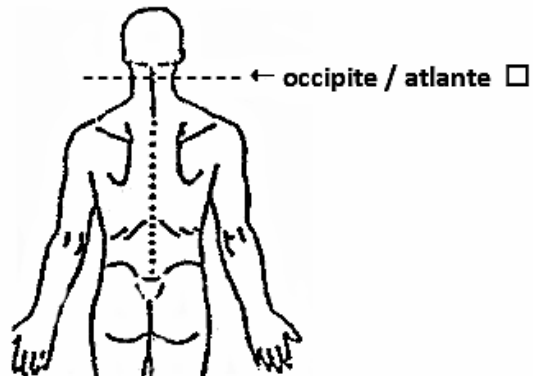
3. E 4. VALUTAZIONE DELLA MOBILITÀ FASCIALE DI:
STRETTO TORACICO E IOIDE

INDICARE L'AREA DOVE EVENTUALMENTE SI RILEVA LA RESTRIZIONE, BARRANDO QUI SOTTO CON UNA X LA CASELLA CORRISPONDENTE, DI FIANCO AL DIAFRAMMA



5. VALUTAZIONE FUNZIONALITÀ ARTICOLARE DI:
OCCIPITE/ATLANTE

IL MOVIMENTO ARTICOLARE È LIBERO O BLOCCATO: INDICARE IL PUNTO DOVE SI RILEVA IL BLOCCO, BARRANDO CON X LA CASELLA CORRISPONDENTE.



COMMENTI:
