

Trattamento di CST & SER

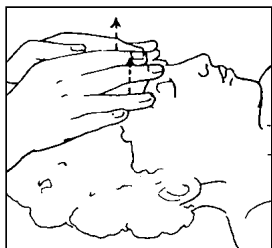
VALUTAZIONE DELLE MEMBRANE INTRACRANICHE

Nome del Paziente: _____

Nome del terapeuta: _____ Data: __/__/____

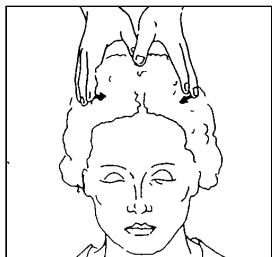
**VALUTAZIONE DEL MOVIMENTO DELLE OSSA CRANICHE DEL PAZIENTE:
 NEL LIBERO MOVIMENTO E/O NELLE RESTIZIONI DELLE MEMBRANE INTRACRANICHE**

**1) OSSO FRONTALE
 SOLLEVAMENTO**



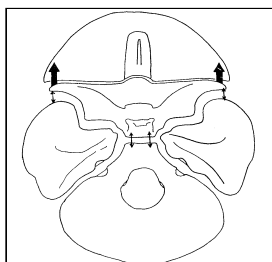
COMMENTI: _____

**2) PARIETALI
 SOLLEVAMENTO**



COMMENTI: _____

**3) SFENOIDE
 VALUTARE E DENOMINARE LA LESIONE PRESENTE**



COMMENTI: _____

**4) TEMPORALI
 FLESSOESTENSIONE**



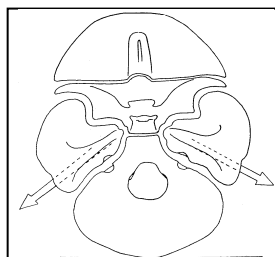
COMMENTI: _____

**5) TEMPORALI
 OSCILLAZIONE**



COMMENTI: _____

**6) TENTORIO DEL CERVELLETTO
 TRAZIONE LATEROPOSTERIORE**



COMMENTI: _____

**7) ATM
 COMPRESIONE**



COMMENTI: _____

**8) ATM
 DECOMPRESIONE**



COMMENTI: _____

