

APPLICAZIONI CLINICHE

COGNOME E NOME (o sigla) del paziente/utente

COGNOME E NOME DELL'OPERATORE

Le parti dichiarano di essere a conoscenza del D. L. n. 196 del 30.6.2003 e dell'art. 48 D.P.R. n. 445/2000 e loro s.m.i., ed autorizzo la raccolta e il trattamento dei dati.

LUOGO E DATA _____

1° GIORNO

2° GIORNO

SCHEDA 2

3° GIORNO

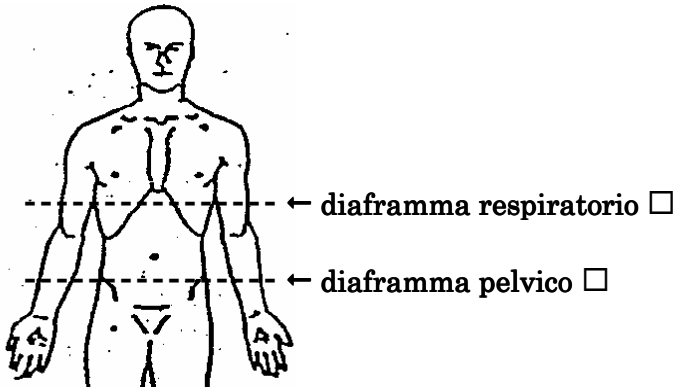
4° GIORNO

VALUTAZIONE

B) VALUTAZIONE DELLA TENSIONE FASCIALE DEI QUATTRO DIAFRAMMI DEL PAZIENTE:

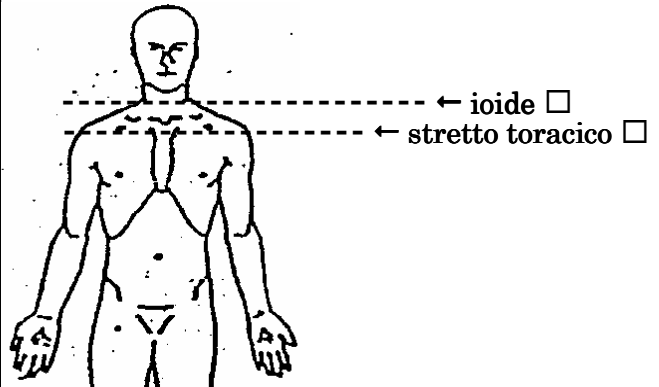
**1) VALUTAZIONE DELLA MOBILITÀ FASCIALE DI:
DIAFRAMMA PELVICO – DIAFRAMMA RESPIRATORIO.**

INDICARE L'AREA DOVE SI RILEVA LA RESTRIZIONE,
BARRANDO QUI SOTTO CON UNA **X** LA CASELLA
CORRISPONDENTE () A FIANCO AL DIAFRAMMA.

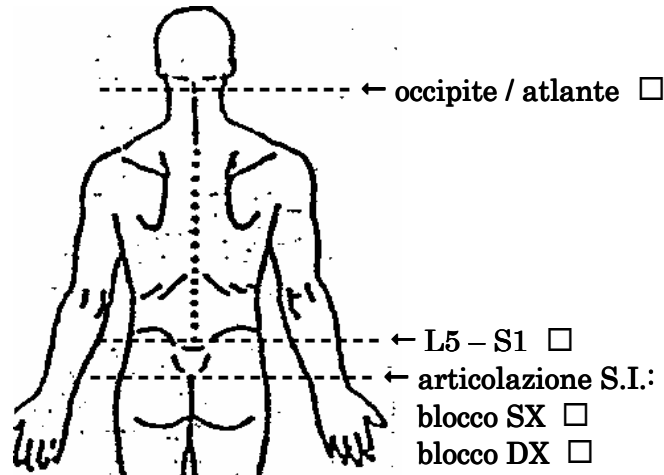


**2) VALUTAZIONE DELLA MOBILITÀ FASCIALE DI:
STRETTO TORACICO – IOIDE.**

INDICARE L'AREA DOVE SI RILEVA LA RESTRIZIONE,
BARRANDO QUI SOTTO CON UNA **X** LA CASELLA
CORRISPONDENTE () A FIANCO AL DIAFRAMMA



**3) VALUTAZIONE DEL MOVIMENTO ARTICOLARE DI:
OCCIPITE/ATLANTE – L5 - S1 – ARTICOLAZIONE S.I.**
IL MOVIMENTO ARTICOLARE È LIBERO O BLOCCATO:
INDICARE IL PUNTO DOVE SI RILEVA IL BLOCCO,
BARRANDO CON **X** LA CASELLA CORRISPONDENTE.



4) VALUTAZIONE DEL TUBO DURALE (LIBERO/BLOCCATO):
IL TUBO DURALE PUÒ PRESENTARE DELLE RESTIZIONI:
INDICARE LA RESTRIZIONE RILEVATA NOMINANDO
LA/LE VERTEBRA/E RELATIVA/E AL PUNTO DELLA
RESTRIZIONE.

vertebra cervicale

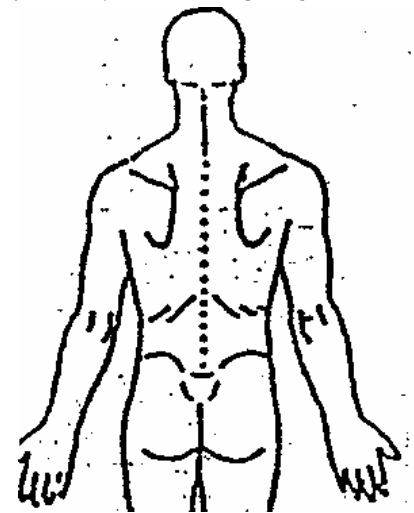
V.C. _____

vertebra toracica

V.T. _____

vertebra lombare

V.L. _____



COMMENTI _____