

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 _____

BARRARE LA CASELLA DEL GIORNO DI LAVORO

1° GIORNO

2° GIORNO

SCHEDA 3

VALUTAZIONE

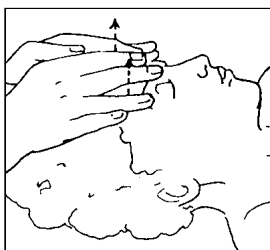
BARRARE LA CASELLA DEL GIORNO DI LAVORO

3° GIORNO

4° GIORNO

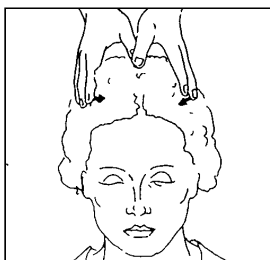
(C) VALUTAZIONE DEL DEL MOVIMENTO DELLE **OSSA CRANICHE** DEL PAZIENTE:
NEL LIBERO MOVIMENTO E/O NELLE RESTIZIONI DELLE MEMBRANE INTRACRANICHE

1) OSSO FRONTALE SOLLEVAMENTO



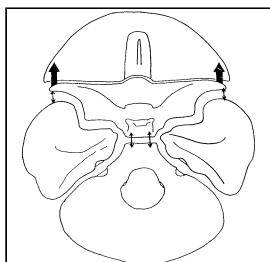
COMMENTI: _____

2) PARIETALI SOLLEVAMENTO



COMMENTI: _____

3) ARTICOLAZIONE SFENOBASILARE COMPRESSIONE E DECOMPRESSIONE



COMMENTI: _____

4) TEMPORALI FLESSOESTENSIONE



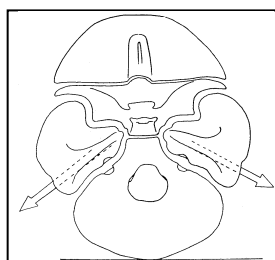
COMMENTI: _____

5) TEMPORALI OSCILLAZIONE



COMMENTI: _____

6) TENTORIO DEL CERVELLETTO TRAZIONE LATEROPOSTERIORE



COMMENTI: _____

7) ATM COMPRESSIONE



COMMENTI: _____

8) ATM DECOMPRESSIONE



COMMENTI: _____

