

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 4

BARRARE LA CASELLA DEL GIORNO DI LAVORO

3° GIORNO

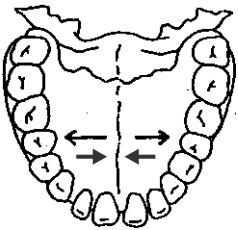
4° GIORNO

VALUTAZIONE

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

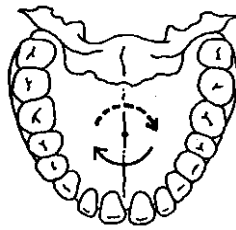
1) PALATO DURO (COMPLESSO MAXILLARE-PALATINO)

A - FLESSOESTENSIONE



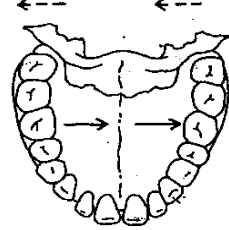
A - COMMENTI _____

B - TORSIONE



B - COMMENTI _____

C - SCORRIMENTO

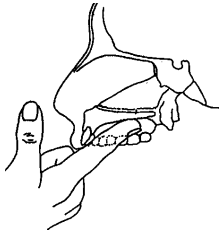


C - COMMENTI _____

D - DECOMPRESSIONE: COMMENTI _____

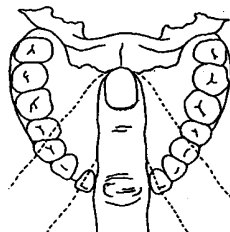
2) VOMERE

A - FLESSOESTENSIONE



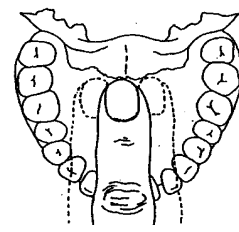
A - COMMENTI _____

B - TORSIONE



B - COMMENTI _____

C - SCORRIMENTO

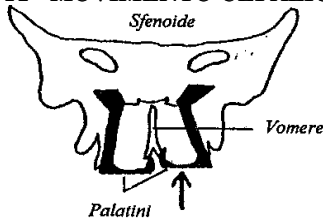


C - COMMENTI _____

D - DECOMPRESSIONE: COMMENTI _____

3) PALATINI

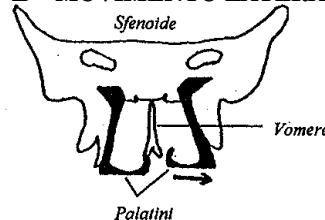
A - MOVIMENTO CEFALICO – MOBILIZZAZIONE IN DIREZIONE CEFALICA



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 _____

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

B - MOBILIZZAZIONE ZIGOMO SINISTRO

COMMENTI _____

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 _____
