

# TIROCINIO CLINICO

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 5**

3° GIORNO

4° GIORNO

**VALUTAZIONE**

**E)** LOCALIZZAZIONE DELLA CISTI DI ENERGIA DEL PAZIENTE ATTRAVERSO L' ARcing:

SIMBOLI:



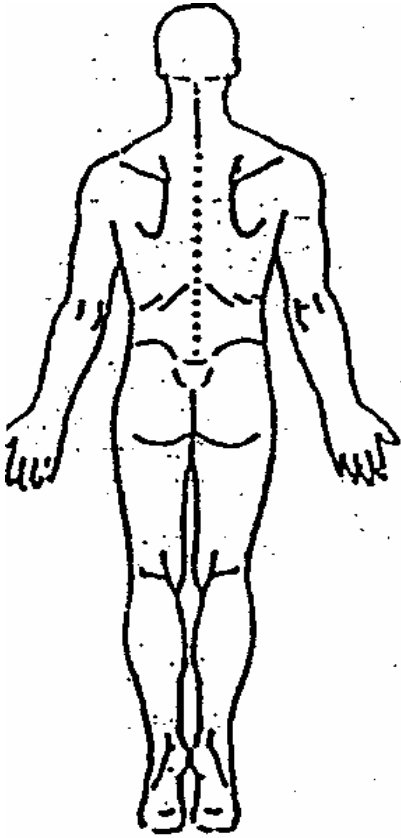
CISTI ENERGETICA



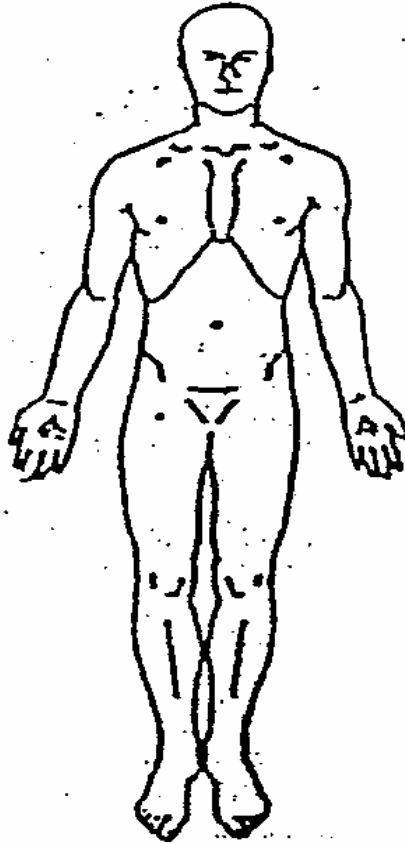
VETTORI



RESTRIZIONI FASCIALI



POSTERIORE



ANTERIORE





LATERALE SX




LATERALE DX

COMMENTI \_\_\_\_\_

 \_\_\_\_\_

 \_\_\_\_\_

 \_\_\_\_\_