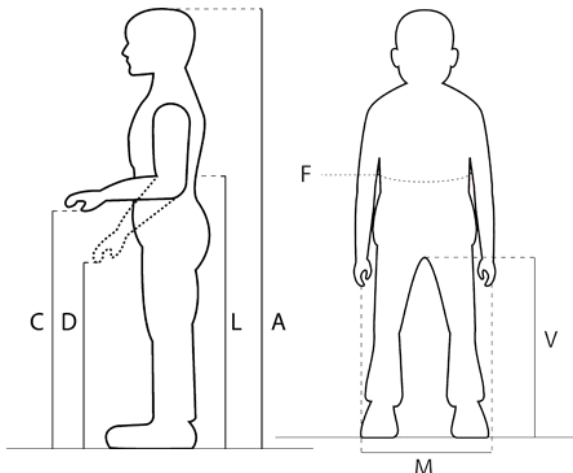


## PRESCRIÇÃO ANDADOR ADAPTADO

<b>IDENTIFICAÇÃO</b>	Data da avaliação: ___/___/___	*Peso: _____ Kg	*Altura: _____ cm	*Idade: _____ anos
	**Nome do Paciente: _____			
	Nome do responsável: _____			
	Cidade/Estado: _____			
	Telefone: _____			
	Email: _____			
	Diagnóstico: _____ CID: _____			

<b>ANDADOR ADAPTADO</b>	<b>MODELOS</b>	<b>CARACTERÍSTICAS</b>	
	<input type="checkbox"/> <b>ANDADOR EUROPA</b>  <input type="checkbox"/> <b>ANDADOR EXPLORER</b>	<b>**Cor da Estrutura**</b> <input type="checkbox"/> Amarelo Neon <input type="checkbox"/> Azul <input type="checkbox"/> Laranja Neon <input type="checkbox"/> Lilás <input type="checkbox"/> Prata	<b>**Cor do Tecido**</b> <input type="checkbox"/> Preto

<b>ANDADOR ADAPTADO</b>	<b>ACESSÓRIOS</b>		
	<b>**Tipo de Assento**</b> <input type="checkbox"/> Fraldão - Europa <input type="checkbox"/> Rolinho - Europa <input type="checkbox"/> Selim - Explorer	<input type="checkbox"/> Apoio de Cabeça - Europa <input type="checkbox"/> Apoio Lombar <input type="checkbox"/> Apoio Lombar com Quadril <input type="checkbox"/> Braço Calha <input type="checkbox"/> Cinto Tronco <input type="checkbox"/> Guia Limitador de Passos - Europa	

	<p><b>MEDIDAS</b></p> <p>A – Altura do paciente: _____</p> <p>C – Altura do pé ao cotovelo 90º: _____</p> <p><b>**uso de braço calha</b></p> <p>D – Altura do pé a mão 45º: _____</p> <p>F – Circunferência do tronco: _____</p> <p>L – Altura do pé a lombar: _____</p> <p>M – Largura entre apoio de mãos: _____</p> <p>V – Altura do pé a virilha: _____</p>
---	---

Profissional Responsável: _____  <input type="checkbox"/> Fisioterapeuta <input type="checkbox"/> Terapeuta Ocupacional  Telefone Celular: _____  Email: _____	_____ <b>Assinatura/Carimbo Profissional</b>
--	---