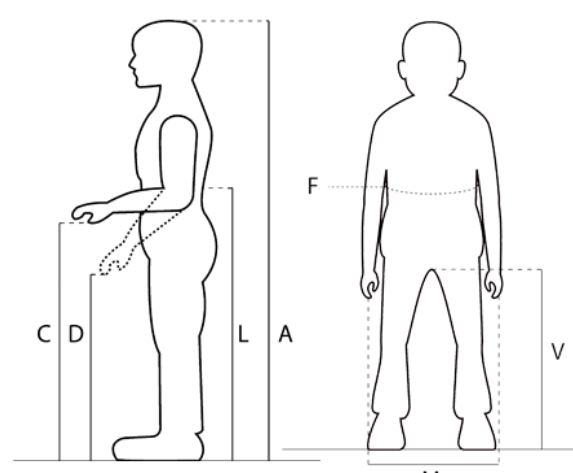


PRESCRIÇÃO ANDADOR ADAPTADO

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

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

ANDADOR ADAPTADO	ACESSÓRIOS	<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
	Tipo de Assento <input type="checkbox"/> Fraldão - Europa <input type="checkbox"/> Rolinho - Europa <input type="checkbox"/> Selim - Explorer	



MEDIDAS

A – Altura do paciente: _____

C – Altura do pé ao cotovelo 90°: _____

****uso de braço calha**

D – Altura do pé a mão 45°: _____

F – Circunferência do tronco: _____

L – Altura do pé a lombar: _____

M – Largura entre apoio de mãos: _____

V – Altura do pé a virilha: _____

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