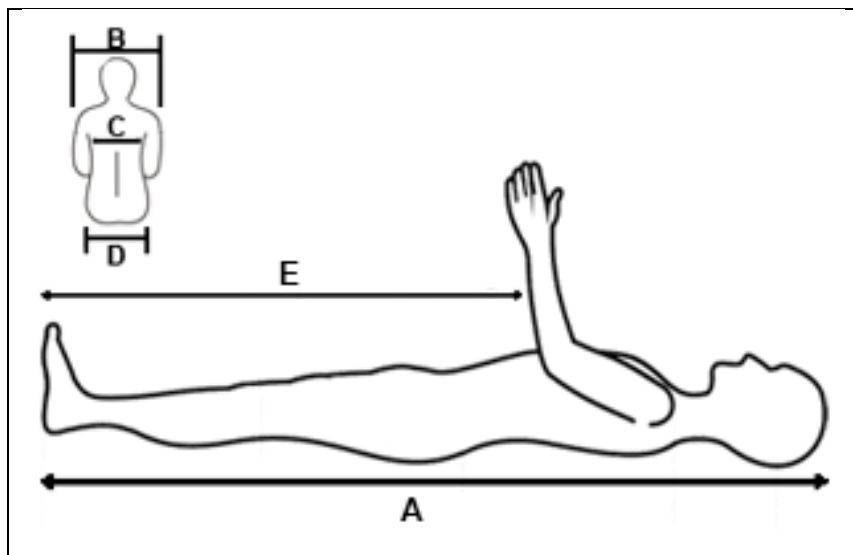


PRESCRIÇÃO ESTABILIZADOR VERTICAL/PARAPODIUM

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

ESTABILIZADOR VERTICAL	MODELOS
	<input type="checkbox"/> ERÉCTUS INFANTIL <input type="checkbox"/> ERÉCTUS JUVENIL <input type="checkbox"/> MESA ORTOSTÁTICA <input type="checkbox"/> PARAPODIUM AÇO <input type="checkbox"/> PARAPODIUM MADEIRA

ESTABILIZADOR VERTICAL	ACESSÓRIOS – somente para mesa ortostática
	<input type="checkbox"/> Apoio de Quadril <input type="checkbox"/> Apoio de Tronco <input type="checkbox"/> Mesa de Atividades



MEDIDAS

- A – Altura do paciente: _____
- B – Largura dos ombros: _____
- C – Largura do tronco: _____
- D – Largura do quadril: _____
- E – Altura do pé ao cotovelo fletido: _____

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