

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
	ERÉCTUS RECLINÁVEL: () INFANTIL () ERÉCTUS JUVENIL () MESA ORTOSTÁTICA () PARAPODIUM AÇO () PARAPODIUM MADEIRA

ESTABILIZADOR VERTICAL	ACESSÓRIOS – somente para eréctus reclinável	ACESSÓRIOS – somente para mesa ortostática
	<input type="checkbox"/> Faixa para os pés <input type="checkbox"/> Mesa de Atividades em plástico	<input type="checkbox"/> Apoio de Quadril <input type="checkbox"/> Apoio de Tronco <input type="checkbox"/> Mesa de Atividades

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

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