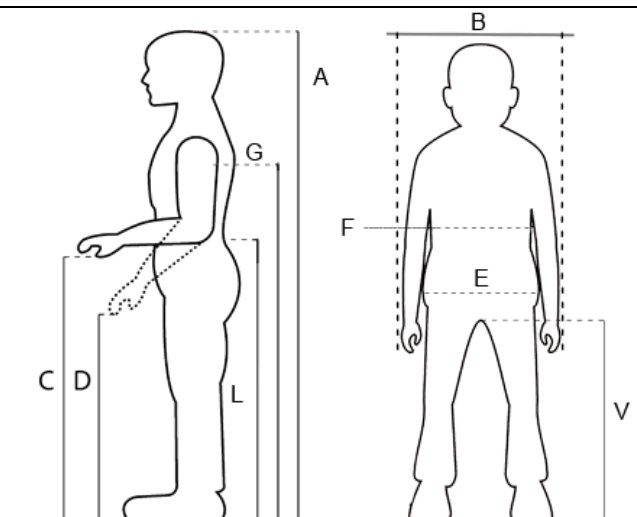


PRESCRIÇÃO ANDADOR ADAPTADO

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 <input type="checkbox"/> Mesa de Atividades - Europa
	Tipo de Assento <input type="checkbox"/> Fraldão - Europa <input type="checkbox"/> Rolinho - Europa <input type="checkbox"/> Selim - Explorer	

	<p style="text-align: center; font-weight: bold;">MEDIDAS</p> <p>A – Altura do paciente: _____</p> <p>B – Largura entre as mãos: _____</p> <p>** uso do braço calha</p> <p>C – Altura do pé ao cotovelo 90º: _____</p> <p>** uso de braço calha</p> <p>D – Altura do pé a mão 45º: _____</p> <p>E – Largura do quadril: _____</p> <p>** uso do apoio lombar</p> <p>F – Largura do tronco: _____</p> <p>** uso de cinta tronco</p> <p>G – Altura do pé a axilla: _____</p> <p>** uso de cinta tronco</p> <p>L – Altura do pé a lombar: _____</p> <p>V – Altura do pé a virilha: _____</p> <p>** uso do selim/fraldão</p>
---	---

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