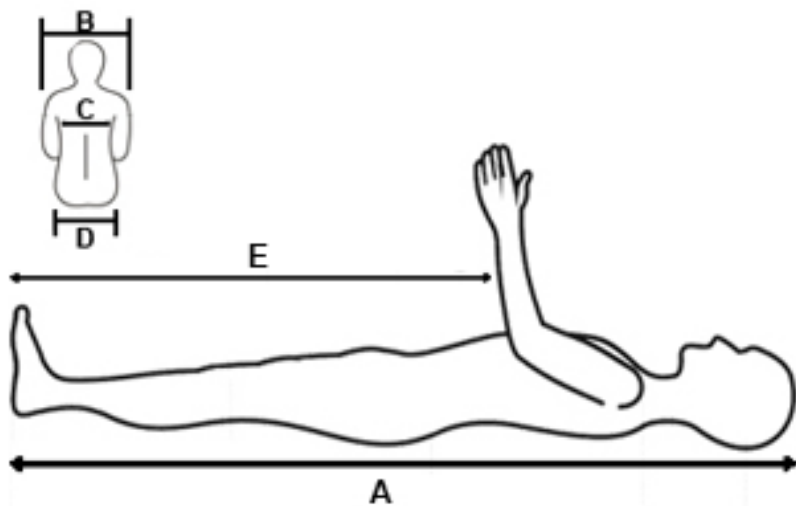


PRESCRIÇÃO ESTABILIZADOR VERTICAL

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"/> ERÉCTUS ELÉTRICO <input type="checkbox"/> PARAPODIUM AÇO <input type="checkbox"/> PARAPODIUM MADEIRA

ESTABILIZADOR VERTICAL	ACESSÓRIOS – somente para eréctus elétrico
	<input type="checkbox"/> Apoio de Quadril <input type="checkbox"/> Apoio de Tronco <input type="checkbox"/> Mesa Avd

	<p style="text-align: center;">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