

ქვედა კიდურების ორთეზირება
(შეკვეთის ფორმა)

თარიღი		ორთეზირების მიზანი (აღწერეთ ორთეზის ფუნქციური მხარე, მოძრავი სახსრის შემთხვევაში მიუთითეთ მოძრაობის სიფართო (ROM), ფიქსირებული სახსრისას - სასურველი კუთხე, სხვა ინფორმაცია რასაც ჩათვლით საჭიროდ...)
ექიმი/ორგანიზაცია		
პაციენტის სახელი და გვარი		
ასაკი		
სქესი	მამრ. ___ მდედრ. _____	
დიაგნოზი		

მარჯვენა მარცხენა

SMO AFO KAFO HKAFO
 DAFO

არა კი

არა კი

არა კი

SMO - Supramalleolar Orthosis
 კოჭ-ტერფის ორთეზი

(D)AFO - (Dynamic) Ankle Foot Orthosis
 (დინამიური) კოჭ-წვივ-ტერფის ორთეზი

KAFO - Knee Ankle Foot Orthosis
 მუხლ-კოჭ-წვივ-ტერფის ორთეზი

HKAFO - Hip Knee Ankle Foot Orthosis
 თეძო-მუხლ-კოჭ-წვივის-ტერფის ორთეზი

ტერფი კი არა

მარჯვენა	მარცხენა
<p> <input type="checkbox"/> პრონაცია <input type="checkbox"/> სუპინაცია <input type="checkbox"/> ნეიტრ. </p>	<p> <input type="checkbox"/> ნეიტრ. <input type="checkbox"/> სუპინაცია <input type="checkbox"/> პრონაცია </p>
<p> <input type="checkbox"/> შიდა როტაცია <input type="checkbox"/> ნეიტრ. როტაცია <input type="checkbox"/> გარე როტაცია </p>	<p> <input type="checkbox"/> გარე როტაცია <input type="checkbox"/> ნეიტრ. როტაცია <input type="checkbox"/> შიდა როტაცია </p>
კუთხე: <input style="width: 50px;" type="text"/>	კუთხე: <input style="width: 50px;" type="text"/>