



My Hand
ÓRTESES E ACESSÓRIOS
sob medida

MEDIDAS TALA EXTENSORA MEMBROS INFERIORES

Identificação do Paciente

Nome:

Nome do Responsável:

Endereço:

Bairro:

CEP:

Cidade:

Celular:

Sexo:

Data de Nascimento:

Idade:

CPF:

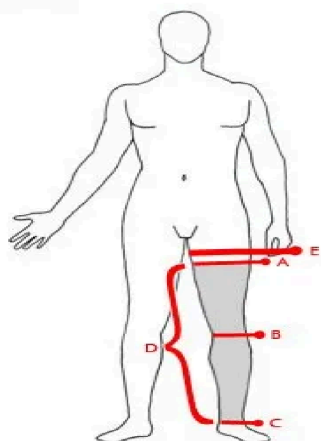
RG:

Profissão:

E-mail:

Indicação: () Localização; () Redes Sociais; () Outros: _____

Medidas



A - Circunferência da coxa
B - Circunferência do joelho
C - Circunferência do tornozelo
D - Altura da virilha ao tornozelo (E - C)



A -
B -
C -
D -