

**FORMULÁRIO DE PRESCRIÇÃO DO EQUIPAMENTO ÓRTESE(S)
CENTRO DE REABILITAÇÃO**

Nº PROCESSO:

Nº PRONTUÁRIO:

Nº CARTÃO SUS:

DATA:

IDENTIFICAÇÃO DO CLIENTE

NOME:

DOCUMENTO IDENTIDADE:

SEXO:

M

COR:

F

DATA NASCIMENTO:

PROFISSÃO:

 EM ATIVIDADE BENEFÍCIOS INSS APOSENTADO OUTROS

OBSERVAÇÕES:

ENDEREÇO:

Nº:

BAIRRO:

CIDADE:

CEP:

TELEFONE:

RECADO:

DIAGNÓSTICO ETIOLÓGICO:

DIAGNÓSTICO TOPOGRÁFICO:

DISTÚRBIOS ASSOCIADOS:

INSTITUIÇÃO / PROFISSIONAL QUE ENCAMINHOU:

VÍNCULO COM UBS:

 SIM NÃO

QUAL:

IDENTIFICAÇÃO DO EQUIPAMENTO ÓRTESE(S) SUROPODÁLICA CRUPODÁLICA PÉLVICO - PODÁLICA

CINTO:

QUADRIL:

JOELHO:

 UNILATERAL DURALUMÍNIO SEM SEM BLOQUEIO LIVRE TRAVA SUÍÇA BILATERAL AÇO RÍGIDO COM BLOQUEIO BLOQUEIO EM ANEL SEMI - RÍGIDO

TORNOZELO:

COMPENSAÇÃO:

CALÇADO:

 MAFO FIXO CORREIA ANTI - VARO 85 - 95 D SAPATOS MAFO ARTICULADO CORREIA ANTI - VALGO E _____ Cm BOTAS TÊNIS**OUTRAS ÓRTESES** TIPO ATLANTA TIPO CODEVILLA CALHA CRURO - MALEOLAR COM LIMITE DE AMPLITUDE DO JOELHO TIPO TRI - LATERAL TIPO SARMIENTO SLINGS PARA CORREÇÃO ROTACIONAL DOS QUADRIS**CALÇADOS** SOB MEDIDA

REVESTIMENTO ESPECIAL:

 MEIAS DE SILICONE PRÉ - FABRICADOS COM PALMILHAS PALMILHAS PARA SUSTENTAÇÃO DOS ARCOS PALMILHAS DE SILICONE COM COMPENSAÇÃO D E _____ Cm COURO DEDEIRA DE SILICONE MOLDE EM GESSO EVA**ACESSÓRIOS**

MULETAS:

 AXILARES ALUMÍNIO MADEIRA

BENGALA:

 ALUMÍNIO

ANDADOR:

 FIXO DOBRÁVEL REGULÁVEL CANADENSES SEM TRAVA MADEIRA**REPAROS**

SUBSTITUIÇÃO:

 MEIO SOLADO SOLADO INTEIRO SALTO FECHO

MÉDICO SOLICITANTE: ASSINATURA E CARIMBO:

ASSISTENTE SOCIAL: ASSINATURA E CARIMBO: