



HOJA DE MEDIDAS

Deformidades craneales



Ortesis craneal Helios CAD-CAM

DATOS DEL PACIENTE

Nombre: _____ Edad: _____  

Apellidos: _____

Parque Tecnológico de Asturias – Parcela 1
33428 – Llanera – Principado de Asturias
T:+34 985 79 48 00 F:+34 985 79 48 10

ORTOPEDIA

Nombre: _____
Técnico: _____ Fecha: _____
País: _____ Ciudad: _____
Teléfono: _____ e-mail _____

DIAGNÓSTICO

Plagiocefalia
Braquicefalia
Escafocefalia
Otros _____

DESCRIPCIÓN DE LA FORMA CRANEAL

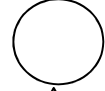
APLANAMIENTO

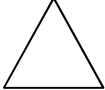
	Izquierdo	Bilateral	Derecho
Área Occipital	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Área Parietal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>


DESCRIPCIÓN DE LA DEFORMIDAD


	Izquierdo	Bilateral	Derecho
Oreja Desplazamiento Anterior	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Protuberancia Frontal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>


TOME LAS MEDIDAS JUSTO POR ENCIMA DE LAS OREJAS Y LA LÍNEA DE LA FRENTE

Circunferencia 

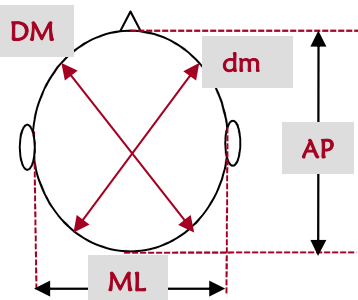
Antero-Posterior (AP) 

Medio-Lateral (ML) 

Diagonal Mayor (DM) 

Diagonal Menor (dm) 

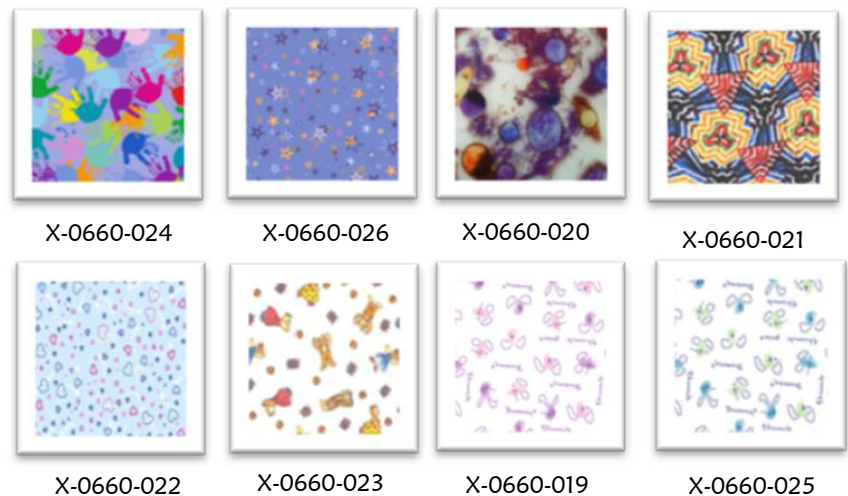
Apertura Lateral IZDA. DCHA.



FOAM INTERNO

Plastazote blanco 15mm: Airfoam blanco 5mm:

PAPEL TEX-FASHION



Marcar referencia de Papel **Tex Fashion** elegido. Si no se marca, se enviará en blanco.

El pedido no se procesará sin - las mediciones requeridas todo el formulario cubierto . Ni sin una copia de la prescripción médica. Adjuntar también cinco fotografías: 1) Lateral izquierda; 2) Lateral derecha; 3) Frontal; 4) Posterior; 5) Sagital y RX