ISO 9001:2000

POLIOR PRODUTOS ORTOPÉDICOS

Rua Treze de Maio, 84 – Vila São Luiz – Duque de Caxias – RJ CEP 25065-190 Telefax.: (21) 2671-4172 2674-7427 2775-4360
CNPJ 30.159.164/0001-27 E-mail.: vendas@polior.com.br.: www.polior.com.br

FORMULÁRIO PARA PEDIDO DE ENCAIXE DE PROVA TRANSTIBIAL

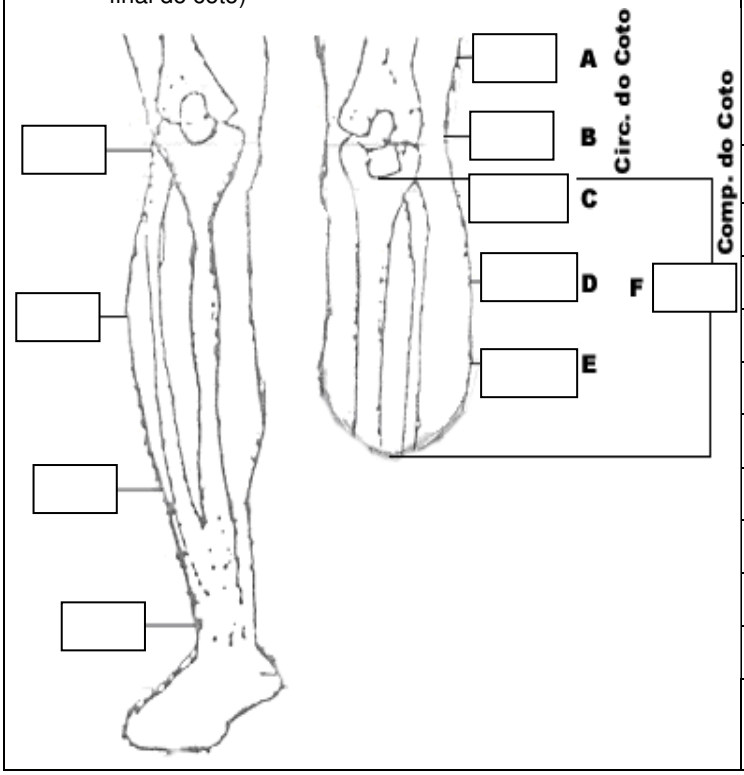
ESTE ENCAIXE NÃO PODE SE UTILIZADO COMO SOLUÇÃO DEFINITIVA, USO SOMENTE DURANTE O PERÍODO DE ADAPTAÇÃO DO PACIENTE A PRÓTESE.

NOME DO PACIENTE:					DATA DA MEDIDA:
DATA DE NASCIMENTO:	IDADE:	PESO:	ALTURA:	MEDIDAS PARA MONTAGEM DA PRÓTESE CASO SOLICITADO	
EMPRESA SOLICITANTE:			CÓDIGO:	ALTURA DA LINHA ARTICULAR JOELHO ATÉ A BASE DO PÉ	CM.:
TEL.:		FAX.:		TAMANHO DO PÉ	Nº.:
ASSINATURA E/ OU CARIMBO				SALTO DO CALÇADO	CM:

RESINA				ESQUERDO		DIREITO	

Medidas

A- Medida supra-condiliana (tirada com a régua de uma extremidade à outra).
B- Medida no meio dos côndilos (tirada com a régua de uma extremidade à outra).
C- Circunferência na altura do tendão patelar.
D- Circunferência do meio do coto.
E- Circunferência a 5cm da parte distal do coto.
F- Comprimento do coto (medida do tendão patelar até o final do coto)



Descrição
Descrição do Trabalho a ser Executado.

POLIOR A SUA LIBERDADE DE ESCOLHA