



Cognome e nome _____ Data di nascita _____ Cod. Paziente _____

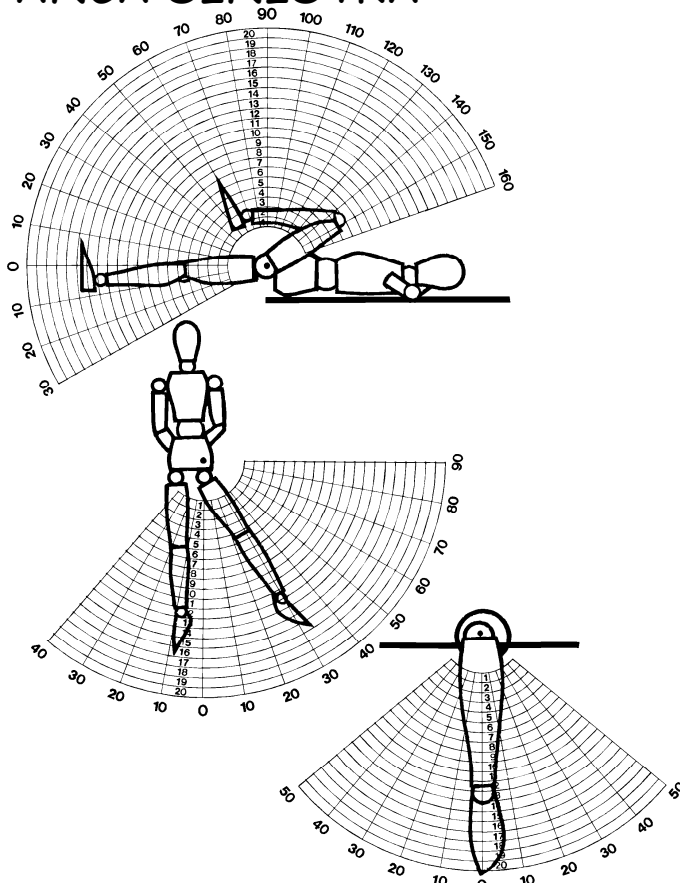
Data Ricovero _____ Camera _____

Diagnosi _____

Data ingresso

Data dimissione

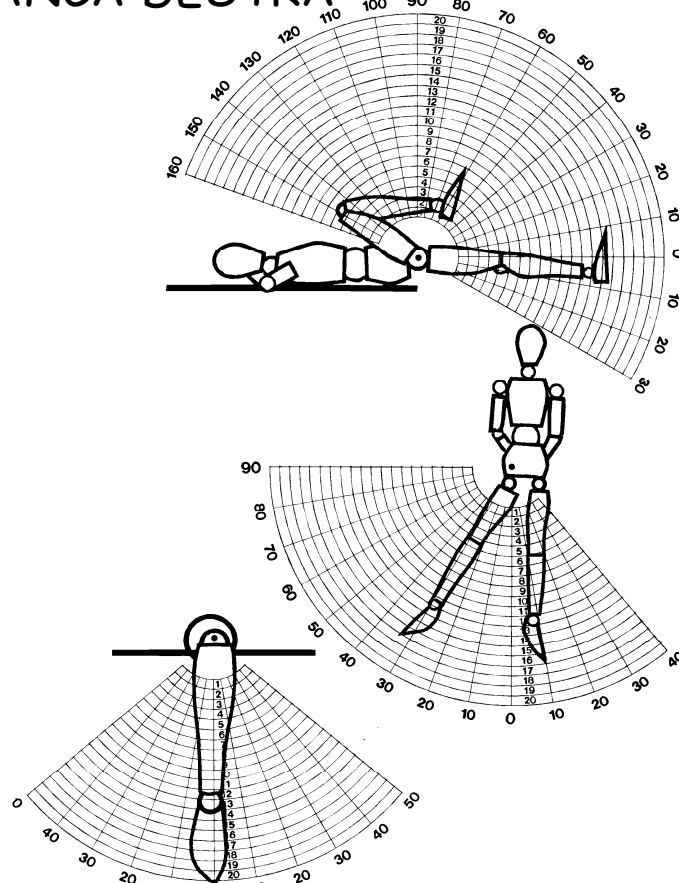
ANCA SINISTRA



ESAME MUSCOLARE

FLESSORI	Ingresso	0	1	2	3	4	5
	Dimissione	0	1	2	3	4	5
ESTENSORI	Ingresso	0	1	2	3	4	5
	Dimissione	0	1	2	3	4	5
ABDUTTORI	Ingresso	0	1	2	3	4	5
	Dimissione	0	1	2	3	4	5
ADDUTTORI	Ingresso	0	1	2	3	4	5
	Dimissione	0	1	2	3	4	5
ROTAZIONE INTERNA	Ingresso	0	1	2	3	4	5
	Dimissione	0	1	2	3	4	5
ROTAZIONE ESTERNA	Ingresso	0	1	2	3	4	5
	Dimissione	0	1	2	3	4	5

ANCA DESTRA



ESAME MUSCOLARE

FLESSORI	Ingresso	0	1	2	3	4	5
	Dimissione	0	1	2	3	4	5
ESTENSORI	Ingresso	0	1	2	3	4	5
	Dimissione	0	1	2	3	4	5
ABDUTTORI	Ingresso	0	1	2	3	4	5
	Dimissione	0	1	2	3	4	5
ADDUTTORI	Ingresso	0	1	2	3	4	5
	Dimissione	0	1	2	3	4	5
ROTAZIONE INTERNA	Ingresso	0	1	2	3	4	5
	Dimissione	0	1	2	3	4	5
ROTAZIONE ESTERNA	Ingresso	0	1	2	3	4	5
	Dimissione	0	1	2	3	4	5

Firma Fisiatra

Firma Fisioterapista

ATTENZIONE: Indicare in ROSSO R.O.M. Attiva – Indicare in BLU R.O.M. Passiva