

## Planilla para Prescriptor

### - EVALUACIÓN FISIÁTRICA PARA OTORGAMIENTO DE ORTESIS Y PRÓTESIS DE ALTA TECNOLOGÍA-

Apellido y Nombre del paciente: \_\_\_\_\_

Lado afectado: Izquierdo: \_\_\_\_\_ Derecho: \_\_\_\_\_ Bilateral: \_\_\_\_\_

Estatura: \_\_\_\_\_ Peso: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ Género: **F** \_\_\_\_\_ **M** \_\_\_\_\_

Diagnóstico: \_\_\_\_\_

Descripción de la marcha: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Tipo de Ortesis o prótesis previa (articulación de tobillo, de rodilla, línea de corte).

Tipo de ayuda de marcha: \_\_\_\_\_

Meta del tratamiento: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Propercepción: \_\_\_\_\_

Percepción: \_\_\_\_\_

Otras circunstancias; (ejempl. debilidad de miembro superior):

\_\_\_\_\_

### **Rango de Movimiento** (Límite, grado específico, límites normales, contractura)

Cadera: \_\_\_\_\_ Rodilla: \_\_\_\_\_ Tobillo: \_\_\_\_\_

Genu valgo: \_\_\_\_\_ Genu varo: \_\_\_\_\_ Genu recurvatum: \_\_\_\_\_

Valgo de Tobillo: \_\_\_\_\_ Vara de tobillo: \_\_\_\_\_

Rotación interna del pie: \_\_\_\_\_ Rotación externa del pie: \_\_\_\_\_

### **Prueba Muscular Manual** (PMM)

Utilice los valores de las tablas de la derecha.

Flexores de cadera: \_\_\_\_\_

Abductores de cadera: \_\_\_\_\_

Cuádriceps: \_\_\_\_\_

Isquiotibiales: \_\_\_\_\_

Flexores Plantares: \_\_\_\_\_

Dorsiflexores: \_\_\_\_\_

PMM ESCALA ISOMÉTRICA	
<b>5</b>	Completa rango de movimiento contra gravedad y contra resistencia
<b>4</b>	Completa rango de mov. contra gravedad y contra mínima resistencia
<b>3</b>	Completa rango de movimiento contra gravedad sin resistencia
<b>2</b>	Completa rango de movimiento sin gravedad
<b>1</b>	Contracción muscular visible
<b>0</b>	Sin contracción muscular visible