

<b>Paciente</b>	
<b>Cliente</b>	
<b>Técnico</b>	

<b>Pedido</b>	<b>O.P.</b>

**paralid®**

**DATOS DEL PACIENTE:**

Fecha toma medidas:

Fecha nacimiento:

Fecha finalización proceso quirúrgico:

Genero:

Mano dominante:

Marcar dedos afectados:

Hombre  Mujer  Otro

DCH.  IZQ

I1 I2 I3 I4 I5 D1 D2 D3 D4 D5

Ocupación \_\_\_\_\_

¿Fue un accidente laboral?

SI  NO

**Causa de la amputación:**

Trauma  explicar la causa \_\_\_\_\_

Septicemia  Disvascular  Cáncer  Congénito  Otros  \_\_\_\_\_

¿Ha perdido o cambiado el trabajo por la amputación=? SI  NO

¿Experimenta alguno de los siguientes síntomas?

Edema  Limitación en flexión

Otros que afecten a la función del dispositivo

Hiper sensibilidad  Limitación en extensión

Explicar: \_\_\_\_\_

Debilidad  Fluctuaciones de volumen

¿Tiene acceso a terapias de adiestramiento u ocupacionales? SI  NO

¿Ha probado algún otro tipo de prótesis? SI  NO  ¿Cuáles? \_\_\_\_\_

Expectativas del paciente:

Notas adicionales:

**Chequeo de comprobación del envío de toda la Información necesaria**

\_\_\_\_\_ Formulario (esta hoja firmada)

\_\_\_\_\_ Hoja datos dispositivo (según modelo)

\_\_\_\_\_ ROM Video

\_\_\_\_\_ Imagen Palmar

\_\_\_\_\_ Imagen Dorsal

\_\_\_\_\_ Fotos de selección anillos medidas

\_\_\_\_\_ Fichero escaneado 3D en formato stl

\_\_\_\_\_ Molde positivo de la mano afectada

\_\_\_\_\_ Fotos molde (previo para aprobación)

La información anterior es verdadera a mi leal saber y entender. Entiendo que estos datos se utilizarán para diseñar un dispositivo totalmente personalizado. Al firmar el formulario, acepto la responsabilidad por la información aquí contenida.

Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Paciente		Pedido	O.P.
Cliente			
Técnico			

## I. VIDEOS Y FOTOS, para evaluación

Son necesarios fotos y videos para personalizar el (los) dispositivo (s) para el paciente. Las fotos y los videos deben ser de alta resolución \* y mostrarse sin obstáculos para cada dedo dañado.

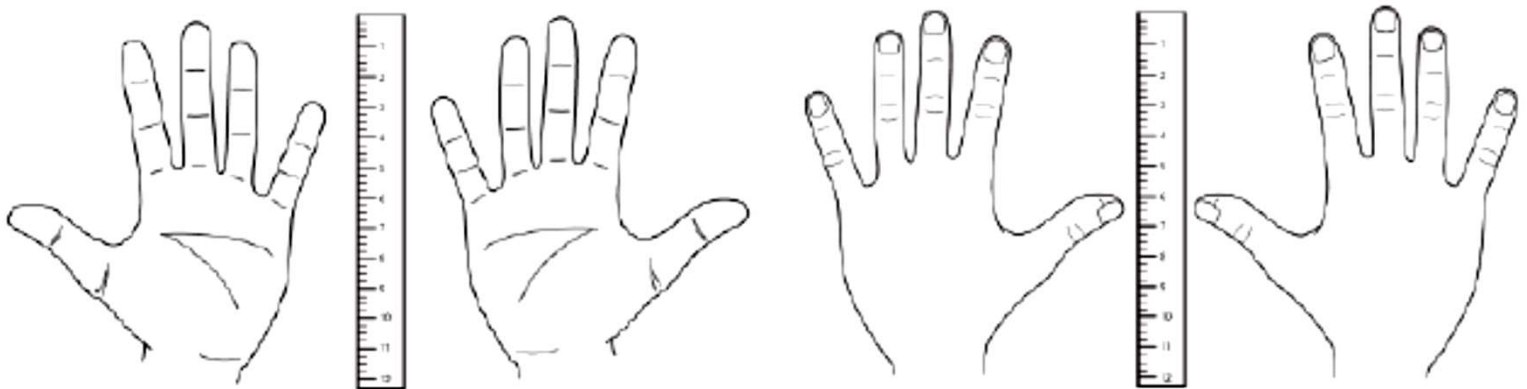
\* Asegúrese de que los detalles de la mano (ej, pliegues palmares) y las marcas-números de regla sean visibles en cada foto

FOTOS, deben incluir:

- Foto ortogonal con regla - Dedos extendidos, vista palmar
- Fotos ortogonales con regla: dedos extendidos, vista dorsal

VIDEOS, deben incluir:

- Flexión completa y extensión - vista palmar.
- Flexión completa y extensión - vista sagital



## FOTOGRAFÍAS ADICIONALES SUGERIDAS DE LOS DEDOS AFECTADOS:

- Vista palmar, desde abajo y vista dorsal, desde arriba:
  - O Lado amputado: Con el anillo patrón de tamaño
  - O Lado contralateral: Con el anillo patrón de tamaño

Los videos, fotos y formularios escaneados pueden enviarse a: [centralfab@emo.es](mailto:centralfab@emo.es)  
Si el tamaño de las fotos impide el envío por email, por favor contacte con nosotros.

Paciente	
Cliente	
Técnico	

Pedido	O.P.

## INFORMACION DE MEDIDAS

## PULGAR

Registre las siguientes mediciones utilizando una cinta métrica estrecha de tela (ancho recomendado 8mm) para los perímetros y un calibre o pie de rey para las longitudes.

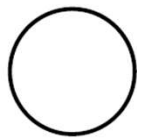
Seleccionar los números del kit de anillos de tamaño para Prótesis paralid.

Dedo afectado:

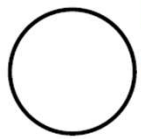
Izquierda: I1

Derecha: D1

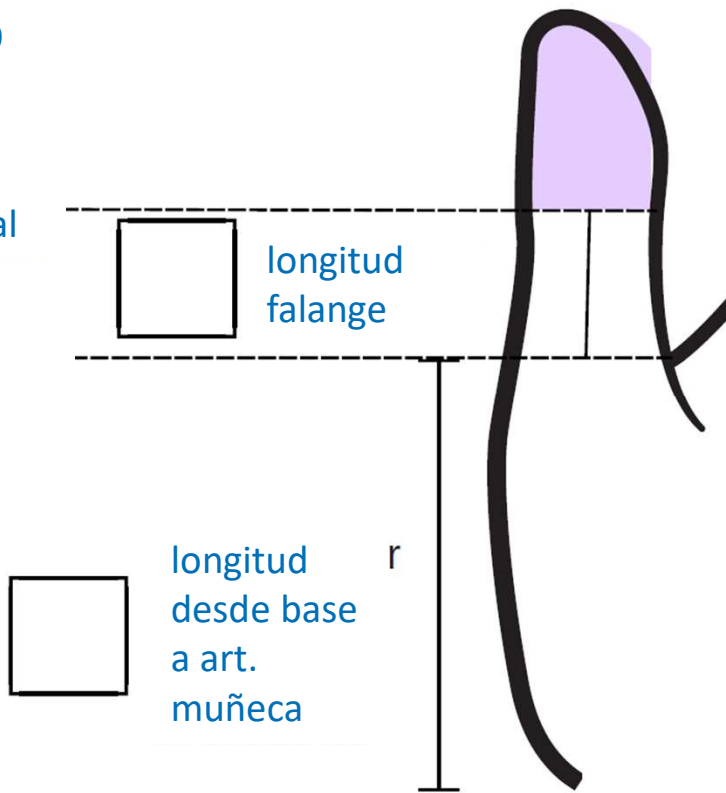
### DEDO AMPUTADO



perímetro  
art. proximal



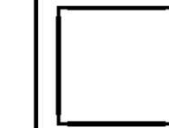
perímetro  
en base



longitud  
falange

longitud  
desde base  
a art.  
muñeca

### DEDO REFERENCIA



longitud  
falange  
distal

	Anillo proximal	Anillo distal	Talla yema
Ajustado			
Holgado			

Realizar fotos del proceso de selección de anillos

Añadir fotos dorsal y palmar de ambas manos con una regla en el centro

Escanear en 3D la mano completa (formato stl) o tomar molde en silicona.

Los videos, fotos y formularios escaneados pueden enviarse a: [centralfab@emo.es](mailto:centralfab@emo.es)