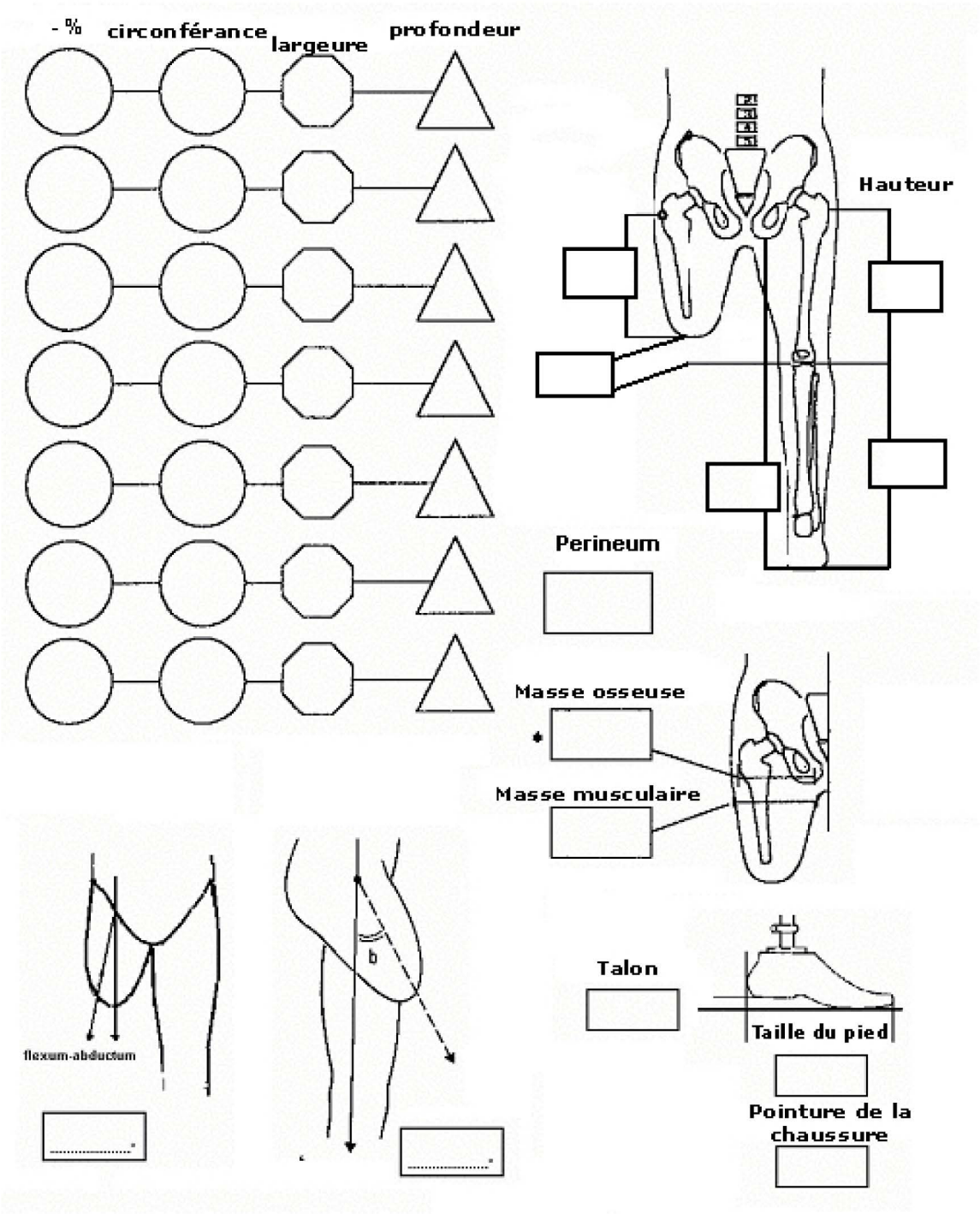
GIGLIO PARTNERS ORTHOPEDIE	**Fiche de mesure pour prothèse fémorale**	ORTHO CAD CAM

Nom :..... **Prénom**:..... **date de naissance**:...../...../.....
Hôpital:..... **Service**:..... **Chambre**:.....
Mesure :...../...../..... **date de l'amputation** ...../...../.....
Première amputation : oui☐ non☐ **Ré-amputation** : oui☐ non **cause**.....**côté**: G / D
Médecin:.....**Bip**:..... **Physio**:.....**Bip** :.....
Guérison de la plaie : oui☐ non☐ **Fils**: oui☐ non☐
Douleurs dans le moignon : oui☐ non☐ **Douleurs fantômes** : oui☐ non☐
Oedème: oui☐ non☐ **bandage du moignon**: oui☐ non☐
Forme du moignon: poire / cylindrique / cônique