

HOJA DE MEDIDAS HKAFO/KAFO

Ortesis M.I.



Parque Tecnológico de Asturias – Parcela 1
33428 – Llanera – Principado de Asturias
T:+34 985 79 48 00 F:+34 985 79 48 10

DATOS DEL PACIENTE

Nombre: _____ Edad: _____
Apellidos: _____
Diagnostico _____

TIPO DE APARATO

HKAFO KAFO
Lado: Derecho Izquierdo Bilateral
*Articulaciones actuales: _____
*Paciente: Peso _____ Edad: _____
Articulaciones para fabricación del aparato:
Ref: _____

MATERIAL OPCIONAL

Termoplástico: _____
Papel Tex Fashion: _____
Tubonandi: No Sí Color: _____

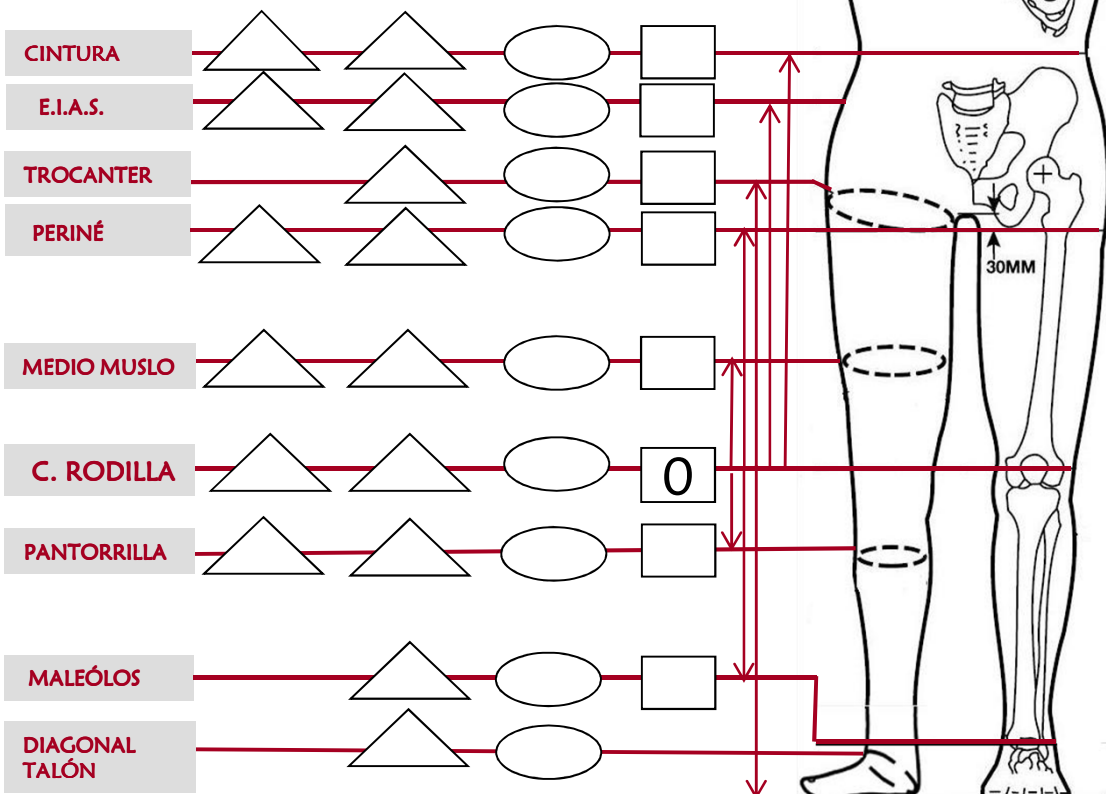
ORTOPEDIA

Nombre: _____
Técnico: _____ Fecha: _____
Teléfono: _____ e-mail _____

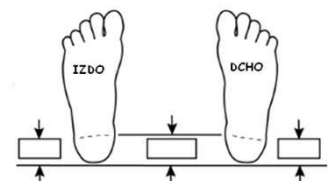
Evaluación al paciente

Rodilla:
Hiperextensión Flexión Valgo Varo
Tobillo:
Dorsiflexión – Plantarflexión: Corregir a _____° No corregir
Alineamiento de Retropié: Corregir a vertical No corregir
Alineamiento del Antepié: Neutral Varo Valgo

MEDIOLATERAL ANTEROPOSTERIOR CIRCULAR ALTURA



TORSIÓN TIBIAL



Es imprescindible adjuntar 2 fotos: 1) lateral externa y 2) anterior (centradas, con puntos de referencia y el paciente sin zapatos y calcetines).