

**Allegato B**

 **DATA \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

 **CLASSE \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**SEZIONE \_\_\_\_\_\_\_\_\_**

Cognome \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Sesso M/F data di nascita \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Età\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**ESAME CLINICO**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Asimmetria del cingolo scapolare |  | Gibbo anteriore |  |
| Asimmetria triangoli della taglia  |  | Gibbo posteriore |  |
| Asimmetria del bacino |  | Cifosi |  |
| Dismetria arti inferiori |  | Lordosi |  |

**DIAGNOSI**

|  |  |
| --- | --- |
| Utile controllo tra un anno |  |
| Utile controllo clinico a distanza (4 mesi) |  |
| **Indispensabile RX e controllo clinico specialistico** |  |

|  |
| --- |
| Note \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |