



Consultorio de Terapia de mano y Miembro Superior

Vuelta de Obligado 2443 3° depto 307 tel fax: 4547-4603

Evaluación de Mano Y Miembro superior
Terapia Ocupacional

Paciente:

Edad:

Diagnóstico:

Cirugía: Si - No

Fecha de cirugía:

Mano lesionada:

Fecha de ingreso:

	ROM sana	Fecha:	Fecha:	Fecha:
Muñeca				
Flexion				
Extension				
Desv. cub				
Desv.rad				
Codo				
Pronacion				
Supinacion				
Flexion				
Extension				

	Fecha:				Fecha:				Fecha:			
Dedos	Indice	Medio	Anular	Meñiq	Indice	Medio	Anular	Meñiq	Indice	Medio	Anular	Meñiq
MCF												
Flex												
Ext												
IFP												
Flex												
Ext												
IFD												
Flex												



Consultorio de Terapia de mano y Miembro Superior

Vuelta de Obligado 2443 3° depto 307 tel fax: 4547-4603

Ext																			
DPP																			
Edema																			

Cierre de puño: Completo - Incompleto

Pulgar	ROM sana	Fecha:	Fecha:	Fecha:
Kapandji				
TMC	Flex-Abd			
	Abducc.			
	Retrop.			
MCF	Flex			
	Ext			
IF	Flex			
	Ext			

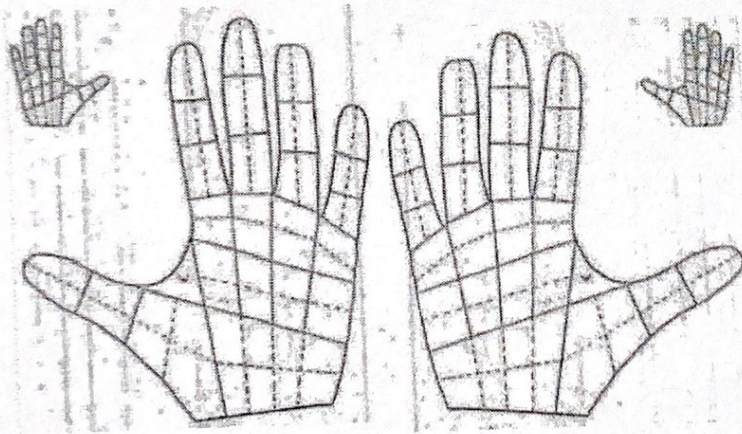
		Fecha:		Fecha:		Fecha:	
		Der.	Izq.	Der.	Izq.	Der.	Izq.
Fuerza	Grip						
	Pinch Lat.						
	Pinch. Pul-pul.						
Dolor (EVA 0-10)	En reposo						
	En movimiento						

Cicatriz: Keloides / Hipertrófica / Normal

Observaciones:

Consultorio de Terapia de mano y Miembro Superior

Vuelta de Obligado 2443 3° depto 307 tel fax: 4547-4603



Interpretacion de resultados

Verde Sensibilidad normal
Azul: Disminucion del tacto ligero
Violeta: Disminucion de la sensibilidad protectora
Rojo: Perdida de la sensibilidad protectora
Rayas rojas: Anestesia

Observaciones: