Formulario de tratamiento ortésico para pacientes con amputación parcial de pie 05/2025

Prótesis parcial de pie NEURO SWING según la clasificación de pacientes www.orthosis-configurator.com/es

Técnic@ ortopédic@: _____ **Empresa:** _____

No. de cliente: _____ **Fecha:** _____

Declaramos que los datos de paciente personales serán memorizados y utilizados para la elaboración de pedido y para el análisis estadístico. Por favor, tenga en cuenta que el cálculo de carga de la ortesis se refiere a los datos indicados. Estos datos pueden cambiar durante la utilización de la ortesis. Al rellenar este formulario de tratamiento ortésico tenga en cuenta futuras modificaciones (p. ej. oscilaciones del peso, crecimiento o variaciones de la fuerza muscular).

DATOS DE PACIENTE

Nombre

☐☐ ☐☐

Por razones de protección de datos introduzca sólo las dos primeras letras del nombre y del primer apellido.

Año de nacimiento

☐☐☐☐

Sexo

☐ femenino
☐ masculino
☐ otro

Peso corporal

☐☐☐ kg

Estatura

☐☐☐ cm

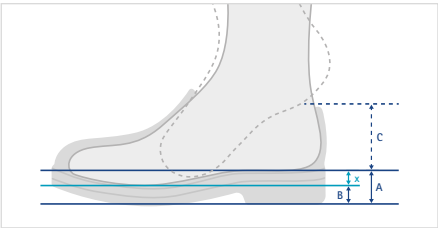
Pierna

☐ pierna izquierda
☐ pierna derecha

Por favor, use dos formularios de tratamiento ortésico si los puntos siguientes son diferentes entre las dos piernas.

Medidas de calzado

Número del calzado (UE) ☐☐ (longitud de pie + 1,5 cm) x 1,5



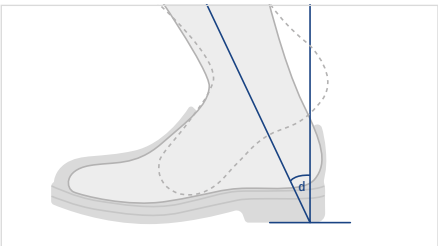
Altura de tacón (A) ☐☐☐ mm

Drop (x = A - B) ☐☐☐ mm

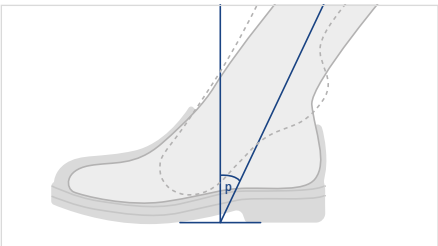
Grosor de suela (B) ☐☐☐ mm

Compensación de altura (C) ☐☐☐ mm

Rango de movimiento en la articulación tibiotarsiana



Dorsal ☐☐ °



Plantar ☐☐ °

Apuntes de la conversación con el/la paciente (p. ej. pre-tratamiento)

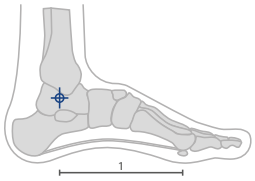
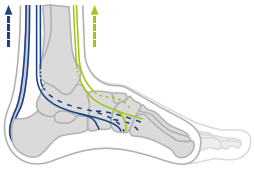
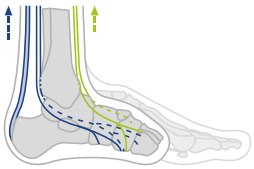
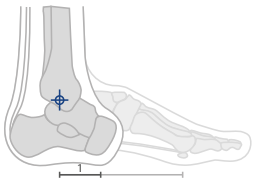
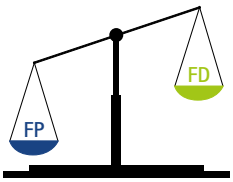
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____

PR9056-ES-2025-05

FIOR & GENTZ
Gesellschaft für Entwicklung und Vertrieb von orthopädietechnischen Systemen mbH
Dorette-von-Stern-Straße 5
21337 Lüneburg (Alemania)
+49 4131 24445-0
+49 921 95659554
info@fior-gentz.de
www.fior-gentz.com

Prótesis parcial de pie NEURO SWING según la clasificación de pacientes

www.orthosis-configurator.com/es

	Tipo	Amputación	Palanca de antepié	Equilibrio muscular	Fuerza muscular
		sin amputación			
			larga	equilibrado	fuerza muscular completa
☐	1	metatarsofalángica transmetatarsiana (Sharp)			
			larga	equilibrado	fuerza muscular limitada
☐	2	transmetatarsiana (Sharp-Jäger) tarsometatarsiana (Lisfranc)			
			mediana	predominio de flexores plantares	fuerza muscular reducida
☐	3	transtarsiana (Bona-Jäger) transtarsiana (Chopart)			
			corta	predominio claro de flexores plantares	sin fuerza muscular

Nivel de actividad

- ☐ **1. Pacientes en espacios interiores**
- ☐ **2. Pacientes en espacios exteriores con restricciones**
- ☐ **3. Pacientes en espacios exteriores sin restricciones**
- ☐ **4. Pacientes en espacios exteriores sin restricciones con exigencias muy altas**

Requisitos de la ortesis

Escalones a subir al día

☐ < 10 ☐ 11 - 50 ☐ > 50

Metros de altitud a recorrer al día

☐ < 10 ☐ 11 - 50 ☐ > 50

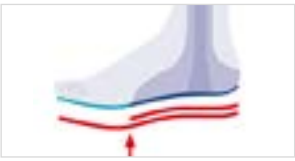
El/La paciente puede llegar seguramente hasta la articulación de tobillo de sistema con una mano.

☐ sí ☐ no

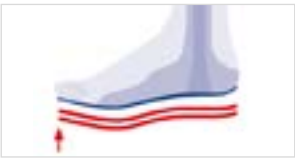
DATOS DE LA ORTESIS

Valvas de ortesis: Plantilla

☐ plantilla larga parcialmente flexible



☐ plantilla larga rígida



PR9056-ES-2025-05

FIOR & GENTZ
Gesellschaft für Entwicklung und Vertrieb von orthopädietechnischen Systemen mbH
Dorette-von-Stern-Straße 5
21337 Lüneburg (Alemania)
+49 4131 24445-0
+49 921 95659554
info@fior-gentz.de
www.fior-gentz.com