

**ESTE IMPRESO HA DE ENVIARSE DEBIDAMENTE CUMPLIMENTADO JUNTO AL
MOLDE DE ESCAYOLA NECESARIO PARA FABRICAR LA ORTESIS CRANEAL**

Nombre del Paciente: _____ Edad en Meses: _____ Fecha de Nacimiento: _____
 Ortopedia: _____ Técnico Ortopédico: _____
 Dirección de envío: _____ Código Postal: _____
 Teléfono: _____ Fax: _____
 E-Mail: _____ Fecha de Toma de Molde: _____

Tipo de molde enviado: Molde sin modificar Molde Positivo Modificado
 Molde modificado Molde Positivo sin Modificar

Tanto el molde de escayola enviado como la información contenida en este impreso, serán sometidas a controles de calidad en base a los estándares definidos por el protocolo de Orthomerica. Nos podremos en contacto con usted en caso de que exista alguna duda relativa al molde, medidas o información contenida en este impreso.



Información de Paciente (Obligatorio)

Medidas por encima de la calceta

Circunferencia (por encima de orejas y cejas) _____
 Medio Lateral (ML) Ancho _____
 Antero Posterior (AP) Largo _____

SOLO PARA MOLDES MODIFICADOS

Molde Positivo sin Modificar	Molde Positivo Modificado
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____

NOTA: Para asegurar exactitud se aconseja tomar cada una de las medidas tres veces. Las inexactitud de las medidas facilitadas puede motiva el rechazo del molde de escayola. En caso de dudas sobre como realizar las mediciones consultar el manual técnico.

Selecciones las opciones que se corresponden con la forma del cráneo

Área Occipital Aplanamiento Dcho> Izdo Aplanamiento Izdo> Dcho Aplanamiento Central N/A
 Área Parietal Aplanamiento Dcho> Izdo Aplanamiento Izdo> Dcho Aplanamiento Bilateral N/A
 Área Frontal Aplanamiento Dcho> Izdo Aplanamiento Izdo> Dcho Aplanamiento Bilateral N/A
 Alineación de las Orejas Desplazamiento anterior Dcho Desplazamiento anterior Izdo Sin desplazamiento

NOTA: El símbolo > significa “ mayor que ”

Diagnóstico:

Posicional: Plagiocefalia Braquicefalia Escafocefalia
 Braquicefalia Asimétrica Escafocefalia Asimétrica
 Post-Quirúrgico Remodelación Bóveda Craneal Craneotomía Endoscópica
 Sutura: Sagital Metópica Lambdoidea Izquierda Coronal Izquierda
 Otro _____ Lambdoidea Derecha Coronal Derecha

Fecha de la Cirugía: _____ Complicaciones quirúrgicas: _____

Otros Diagnósticos o Síndromes: _____

Torticolis: Si No

ADJUNTAR FOTOGRAFÍAS DEL PACIENTE, INCLUYENDO VISTA ANTERIOR Y POSTERIOR DEL RECIÉN NACIDO CON EL MOLDE PUESTO

Se ruega envíe las dos páginas de este formulario y las fotografías del paciente junto con el molde de escayola a la dirección:

EFMO SL Polígono Industrial Tabaza II, Parcela 15, 33438 Carreño (Asturias)

Tfno: 985 512 122 / Fax: 985 512 157/ Email: esteban@efmo.com



STARband® y STARlight™ lado abierto		STARband® y STARlight™ Bi-Valve®		STARlight PRO y Casco Clarren™	
<input type="checkbox"/> STARband®	<input type="checkbox"/> STARlight™	<input type="checkbox"/> STARband®	<input type="checkbox"/> STARlight™	<input type="checkbox"/> STARlight PRO	<input type="checkbox"/> Clarren™
<ul style="list-style-type: none"> ● Copolímero 5/32 " ● Forro Pelite 1/2 " ● Pieza de Foam de Contención ● Cierre de Velcro 	<ul style="list-style-type: none"> ● Surlyn 1/4 " ● Pads de AliPlast™ ● Cierre de Velcro 	<ul style="list-style-type: none"> ● Copolímero 5/32 " ● Forro Pelite 1/2 " ● Cierre de Velcro 	<ul style="list-style-type: none"> ● Surlyn 1/4 " ● Pads de AliPlast™ ● Cierre de Velcro 	<ul style="list-style-type: none"> ● Surlyn* de 1/4 " o 3/8" ● Cierre de Velcro ● Pads de AliPlast™ ● Pads de Reston Para post operatorios de Endoscopia.	<ul style="list-style-type: none"> ● Polipropileno 1/4 " ● Forro Aliplast 1/8 " ● Cincha de Barbilla No disponible para Post-Operatorios

* Surlyn de 1/4 " para recién nacidos con circunferencia inferior a 18 " , Surlyn de 3/8 " para recién nacidos con circunferencia superior a 18 "

Modificaciones (Opciones por defecto en negrita) :

Modificaciones para malformaciones posicionales:

- Corrección de Asimetría: Corregir proporción hasta el crecimiento circunferencial craneal previsto.**
- Corrección asimetría completa, proporción y asimetría de la bóveda craneal.
- Corrección de asimetría únicamente.

Modificaciones en Post-Operatorios:

- Corregir asimetría y ratio cefálico en _____ %.**
- Corrección asimetría únicamente.
- Corrección ratio cefálico en _____ %
- No corregir

Modificaciones STARlight PRO

- Mods Estándar Endoscópicos
- Otros – Ver comentarios
- Casco # _____

Modificaciones Primarias Asimetría: **Posterior** Anterior

Modificaciones de Cuello: **Definir Surco Sub-Occipital** Dejar como está

Líneas de corte: **Por defecto** Prolongadas Agujeros orejas pequeños Proporcionadas por el Técnico Ortopédico

Lado abierto: **Apertura en lado contrario al aplanamiento** Izquierdo Derecho

Apertura superior: **Determinada por Orthomerica en base a la forma del cráneo** Ovalada En forma de " D "

Topes de sujeción opcionales: Anterior derecho Anterior izquierdo Posterior derecho Posterior izquierdo

Modificaciones (Opciones por defecto en negrita) :

Forro interior STARband: **Por defecto** 2 1/4 " Aliplast

Almohadillas STARband PRO: 1/8 " Aliplast 3/16 " Aliplast Almohadilla Eurión opcional (solo en sutura metópica)

Decoración (Transfer) **Sin decoración (Blanco)** Con decoración (solo para STARband y Clarren) : _____

Decoración cierre velcro: **Sin decoración (Blanco)** Misma decoración que casco

Acabado **Terminado y recortado** Con molde Con molde separado

Dirección del raspado **Anterior a la apertura** Posterior a la apertura No

Correa STARlight PRO y Side Opening Chafe/Loop PSA Chafe/Loop PSA – Tamper Resistant

Molde Positivo: **No devolver** Devolver molde modificado Devolver molde sin modificar

(Importe adicional por cargos de transporte)

Molde Negativo: **No devolver** Devolver modificado Devolver sin modificar

(Importe adicional por cargos de transporte)

Fotografías: No devolver Devolver con la ortesis craneal No se incluyen fotografías

Comentarios: _____

