

# Scheda per il trattamento Iceross® POST-OP

Nome dell'amputato:

Data dell'amputazione:

Giorno	Data	Misura dell'arto residuo	Misura* ICERROSS® Post-Op	N. di ore per sessione	Sessione I.		Sessione II.		
					Ora di applicazione	Ora di rimozione	Ora di applicazione	Ora di rimozione	
1.				1					
2.				2					
3.				3					
4.				4					
5.				4					
6.				4					
7.				4					
8.				4					
9.				4					
10.				4					
11.				4					
12.				4					
13.				4					
14.				4					
15.				4					
16.				4					
17.				4					
18.				4					
19.				4					
20.				4					
21.				4					
22.				4					

\*Misurare l'arto residuo a 4 cm dall'estremità distale e usare la cuffia della stessa dimensione o della dimensione inferiore più prossima (v.di Sezione III B, Scelta della misura della cuffia)