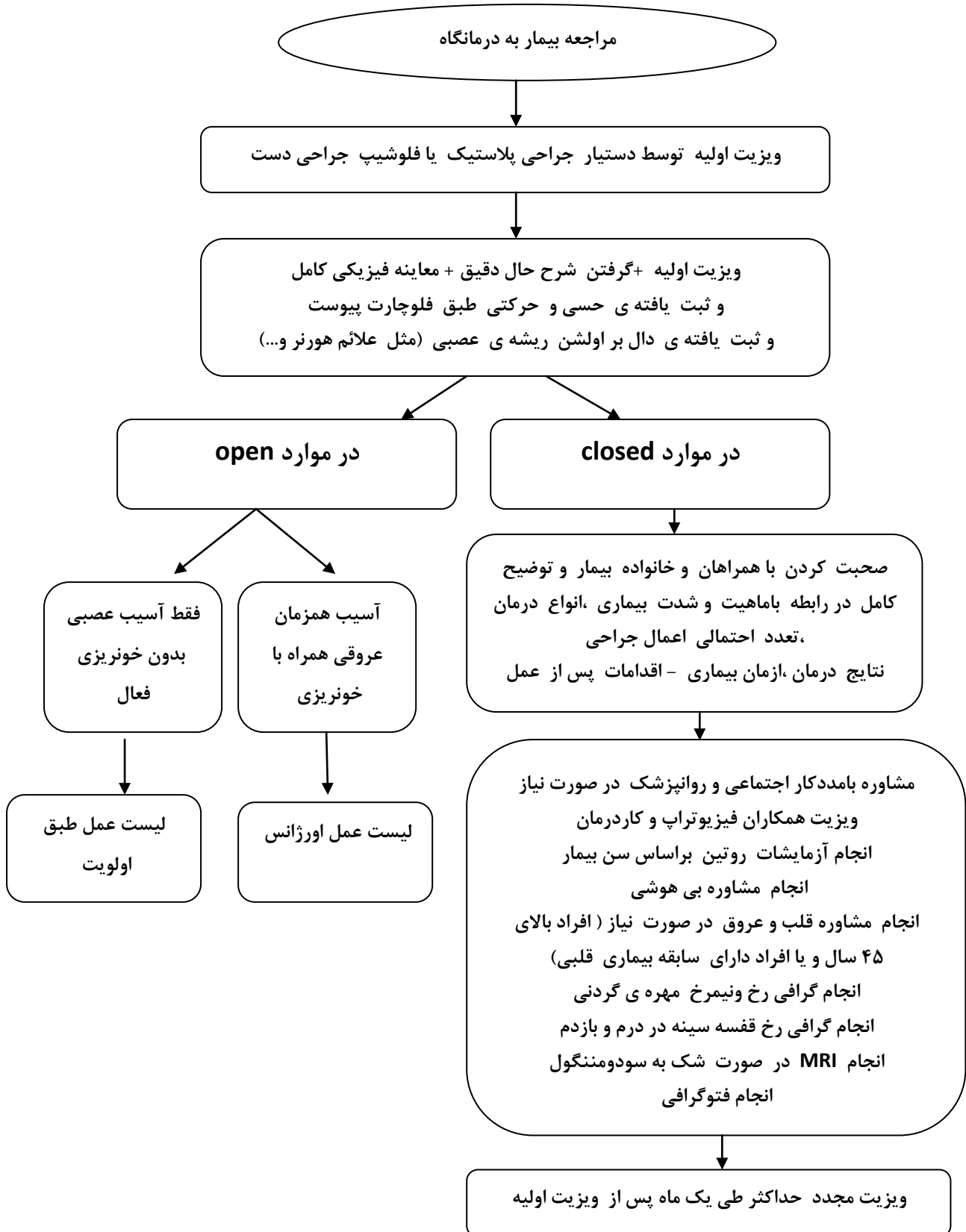
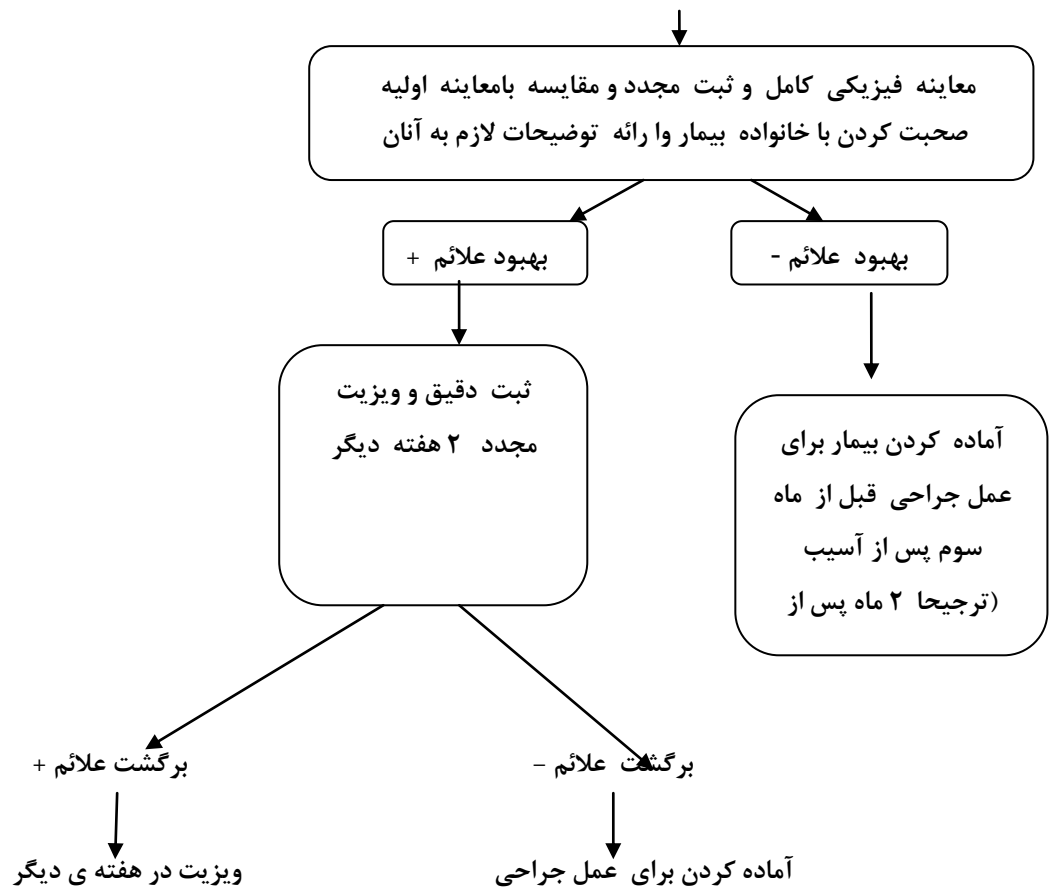


## ج- طراحی گام به گام فلوجارت ارائه خدمت:





## آسیب شبکه بازوئی

نام : نام خانوادگی : سن بیمار : تاریخ مراجعه : نوع صدمه :  
 تاریخ آسیب : شغل : آدرس :  
 شماره تلفن : بیمه :

### یافته ی بالینی :

<input type="checkbox"/> ندارد	میزان ابدکشن :	<input type="checkbox"/> دارد	ابدکشن شانه :
<input type="checkbox"/> ندارد	قدرت آن :	<input type="checkbox"/> دارد	فلکشن آرنج :
<input type="checkbox"/> ندارد	قدرت آن :	<input type="checkbox"/> دارد	اکستانسیون آرنج :
<input type="checkbox"/> ندارد	قدرت آن :	<input type="checkbox"/> دارد	اکستانسیون مچ :
<input type="checkbox"/> ندارد	قدرت آن :	<input type="checkbox"/> دارد	فلکشن مچ :
<input type="checkbox"/> ندارد	نام برده شود	<input type="checkbox"/> دارد	ابدکشن و ادکشن انگشتان:
<input type="checkbox"/> ندارد	محل آن :	<input type="checkbox"/> دارد	علائم هورنر :
<input type="checkbox"/> ندارد		<input type="checkbox"/> دارد	علامت تینل :
<input type="checkbox"/> ندارد		<input type="checkbox"/> دارد	خم شدن سر به سمت سالم :
<input type="checkbox"/> ندارد		<input type="checkbox"/> دارد	عملکرد عضله سراتوس انتریور :
<input type="checkbox"/> ندارد		<input type="checkbox"/> دارد	عملکرد عضله رمبوئید:
<input type="checkbox"/> ندارد		<input type="checkbox"/> دارد	عملکرد عضله ی لاتیسیموس دورسی :

درد : NONE  ACCEPTABLE  DISTURBENCE  INTOLERABLE

ضایعه عروقی :  داشته یا دارد  نداشته

موبیلیتی دیافراگم :  دارد  ندارد

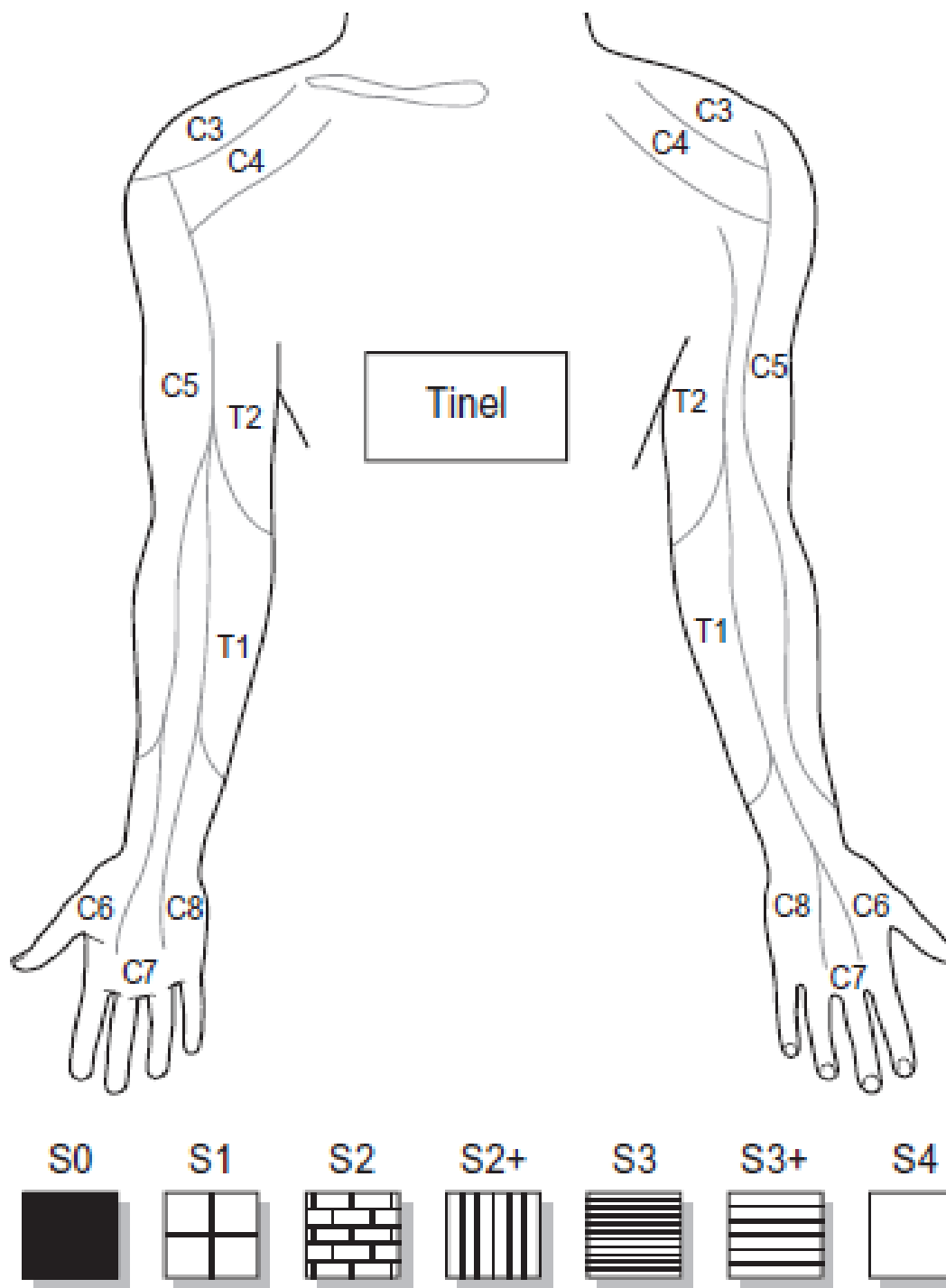
یافته ی EMG:

یافته ی MRI:

### تشخیص اولیه :

آسیب ریشه ی : T1  C8  C7  C6  C5

اولشن  رایچر



مناطقى كه حس ندارند مشخص شود .