

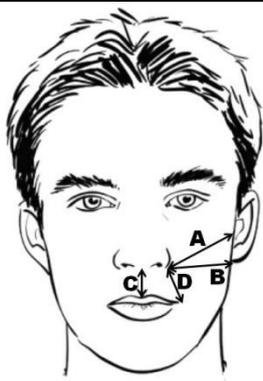
PROTOCOLO LASERTERAPIA

Nome:		Nascimento: ____ / ____ / ____:		Idade:	
Prontuário:		Data da Cirurgia:			
Cirurgião:		Técnica Cirúrgica:			
Fototipo:	1 – Branca () 2 – Morena () 3 – Negra ()				

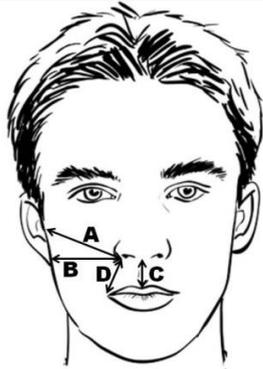
DOSIMETRIA		
Cadeias Linfáticas	Cicatriz Queiloplastia	Cicatriz Palatoplastia
3 J infravermelho	2 J vermelho	2 J vermelho
Especificações do aparelho:	Laser DMC Potência 100mV. Comprimento de onda 660nm e 808nm.	Energia: 1J / 10 seg / 35J/cm ² ; 2J / 20 seg / 70 J/cm ² ; 3J / 30 seg / 105 J/cm ²

FOTOS:										
DATAS	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
Frente										
Perfil Direito										
Perfil Esquerdo										
Baixo										
Palato										

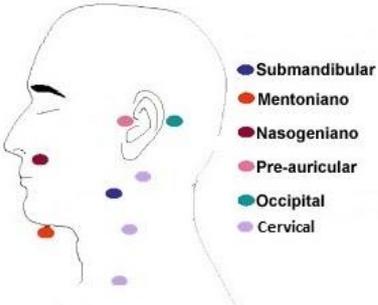
MEDIDAS :: LADO ESQUERDO									
DATAS	/	/	/	/	/	/	/	/	/
Asa do Nariz tragus (A)									
Asa do Nariz Lóbulo da Orelha (B)									
Filtro Labial (C)									
Asa do Nariz Comissura Labial (D)									



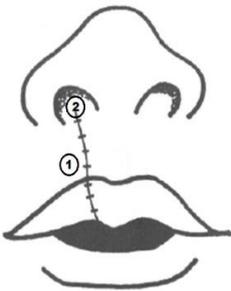
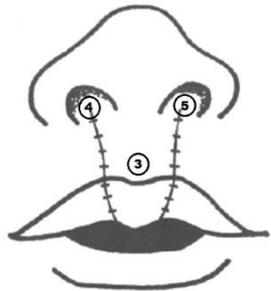
MEDIDAS :: LADO DIREITO									
DATAS	/	/	/	/	/	/	/	/	/
Asa do Nariz tragus (A)									
Asa do Nariz Lóbulo da Orelha (B)									
Filtro Labial (C)									
Asa do Nariz Comissura Labial (D)									



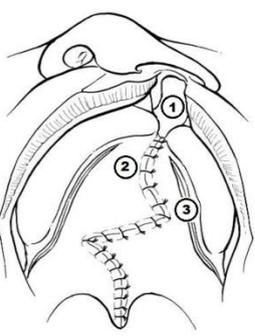
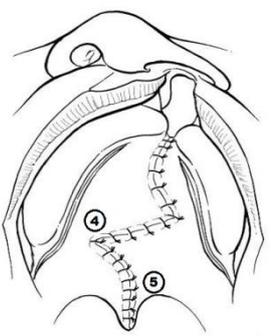
DRENAGEM:								
DATAS	/	/	/	/	/	/	/	/
Cervical 1,2, 3								
Occipital								
Pré-auricular								
Submandibular								
Mentoniano								
Nasogeniano								



CICATRIZ QUEILOPLASTIA:						
DATAS	1	2	3	4	5	
/						
/						
/						
/						
/						
/						
/						

CICATRIZ PALATOPLASTIA:					
DATAS	1	2	3	4	5
/					
/					
/					
/					
/					
/					
/					

Observações: