

CARICA VIDEO

Nome

Cognome

Data di nascita



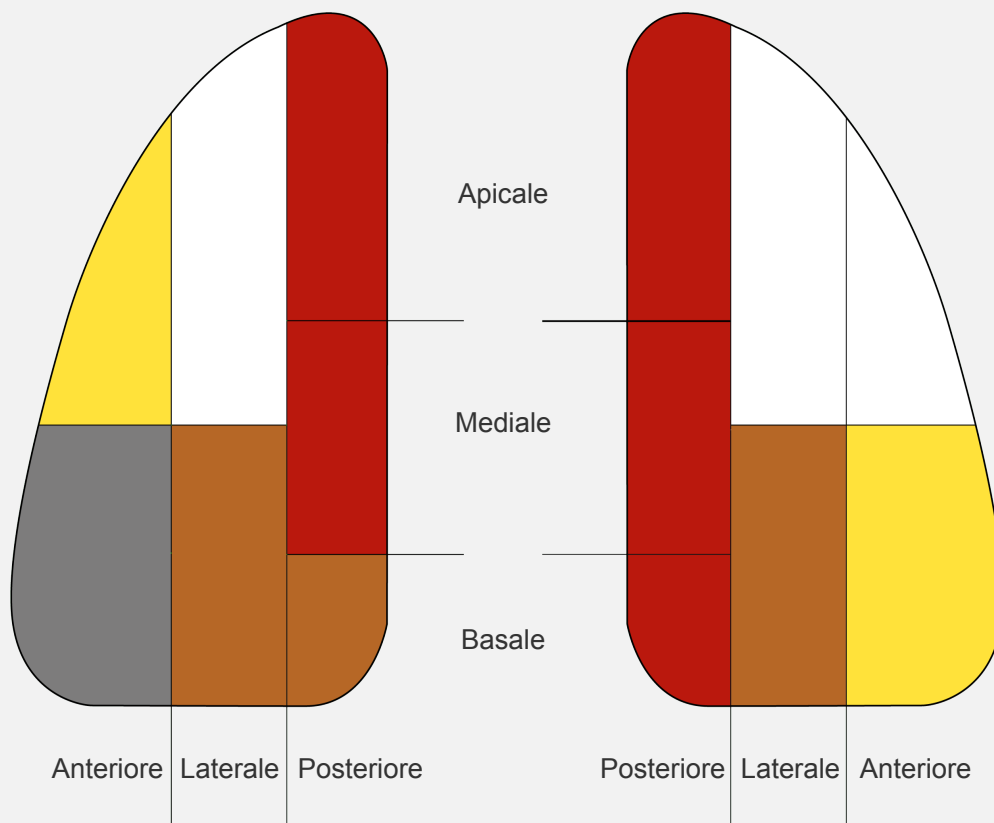
Data di acquisizione

**Legenda**

- ☐ Score 0
- ☐ Score 1
- ☐ Score 2
- ☐ Score 3
- ☐ Non misurato

TotaliAree patologiche **10 / 13**

- ☐ 3
- ☐ 2
- ☐ 3
- ☐ 5

GENERA REFERTO**Sinistro****Destro****Note del medico**