



EXAMENUL DE OBȚINERE A GRADELOR PROFESIONALE  
PENTRU FIZIOTERAPEUȚI PENTRU ANUL 2022  
SESIUNEA MAI 2023  
11 MAI 2023

SUBIECTE  
FIZIOKINETOTERAPEUT SPECIALIST

1. Contraindicațiile curenților de joasă frecvență sunt:
  - a) artrozele
  - b) algo-neurodistrofiile
  - c) **pacemaker-ul cardiac**
2. Forma impulsului la curentul Trabert este:
  - a) triunghiulară
  - b) **dreptunghiulară**
  - c) sinusoidală
3. Curentul de joasă frecvență are frecvența de lucru cuprinsă între:
  - a) **1 – 1000 Hz**
  - b) 2000 – 20000 Hz
  - c) 3000 – 30000 Hz
4. Următoarele sunt modalități de electroterapie de înaltă frecvență:
  - a) **TECAR, unde scurte**
  - b) curent diadinamic
  - c) curent Trabert
5. Radiațiile infraroșii:
  - a) **au lungimea de undă cuprinsă între 1mm și 50 microni**
  - b) sunt radiații acalorice
  - c) sunt contraindicate în tulburări circulatorii periferice
6. TENS este o forma de electroterapie:
  - a) de medie frecvență
  - b) ce utilizează curenți exponențiali
  - c) **de joasă frecvență**



7. Efectele termice ale ultrasunetului se caracterizează prin:
- a) **reprezintă fenomenul de conversie a energiei mecanice (sonice) în căldură**
  - b) nu depind de intensitatea ultrasunetului
  - c) predomină în ultrasunetul pulsant (duty-cycle)
8. Impedanța electrică este:
- a) fenomenul chimic prin care se schimbă parametrii țesutului stimulat
  - b) abilitatea țesuturilor de a stoca sarcini electrice
  - c) **capacitatea țesuturilor vii de a opune rezistență la trecerea curentului electric**
9. Următoarea afirmație despre activitatea bioelectrică a celulei umane este falsă:
- a) rolul determinant pentru potențialul de repaus îl au ionii de Na<sup>+</sup> și K<sup>2+</sup>
  - b) **rolul determinant pentru potențialul de repaus îl au ionii de Na<sup>+</sup> și Mg<sup>2+</sup>**
  - c) excitația reprezintă un stimul ce atinge membrana celulară și care produce modificări ce se petrec în miimi de secundă
10. LLLT (low level laser therapy) înseamnă:
- a) **emisie de radiație electromagnetică monocromatică**
  - b) emisie de energie electromagnetică bicromatică de putere mică
  - c) lumină cu lungime de undă în spectru vizibil de putere ridicată
11. Ce reprezintă goniometria?
- a) măsoară forța musculară
  - b) **este folosită pentru a măsura amplitudinea de mișcare**
  - c) durerea nu este relevantă în evaluarea amplitudinii
12. Dacă amplitudinea de mișcare activă este limitată, dureroasă sau incomodă, examinarea fizică ar trebui să:
- a) **includă o examinare a amplitudinii de mișcare pasivă și teste suplimentare**
  - b) este irelevantă mișcarea activă cu rezistență și teste suplimentare
  - c) nu este nevoie de teste suplimentare
13. Recomandări pentru testarea goniometrică:
- a) stabilizarea segmentului articulației proximale, pentru a destabiliza mișcarea
  - b) izolarea mișcării la o articulație nu exclude măsurarea mișcărilor combinate care apar la o serie de articulații



- c) **stabilizarea corpului și a segmentului articulației proximale, pentru a izola mișcarea la articulația examinată**

14. Flexia umărului, testare goniometrică:

- a) **fulcrumul goniometrului este poziționat peste aspectul lateral al tuberozității mari al humerusului**  
b) fulcrumul goniometrului este poziționat peste martele trohanter  
c) fulcrumul goniometrului este poziționat peste acromion

15. Abducția umărului, testare goniometrică:

- a) se execută în plan sagital în jurul unei axe antero-posterioare, iar valorile normale ale complexului umărului la adulți variază între 170-180°  
b) se execută în plan frontal în jurul unei axe latero-laterale, iar valorile normale ale complexului umărului la adulți variază între 170-180°  
c) **se execută în plan frontal în jurul unei axe antero-posterioare, iar valorile normale ale complexului umărului la adulți variază între 170-180°**

16. Flexia cotului, testare goniometrică:

- a) subiectul este poziționat în decubit dorsal cu umărul în 90° de flexie, extensie și abducție cu brațul peste un prosop rulat și antebrațul în supinație maximă cu palma orientată spre tavan.  
b) **subiectul este poziționat în decubit dorsal cu umărul în 0° de flexie, extensie și abducție cu brațul peste un prosop rulat și antebrațul în supinație maximă cu palma orientată spre tavan.**  
c) subiectul este poziționat în decubit dorsal cu umărul în 180° de flexie, extensie și abducție cu brațul peste un prosop rulat și antebrațul în supinație maximă cu palma orientată spre tavan

17. Pronație, testare goniometrică:

- a) fulcrumul este plasat lângă stiloidea cubitală, brațul fix urmărește humerusul și brațul mobil procesele stiloide radiale și cubitale  
b) fulcrumul este plasat lângă trohiter, brațul fix urmărește humerusul și brațul mobil procesele stiloide radiale și cubitale  
c) **fulcrumul este plasat lângă stiloidea radială, brațul fix urmărește humerusul și brațul mobil procesele stiloide radiale și cubitale**

18. Înclinarea cubitală, testare goniometrică:



- a) se execută în planul frontal în jurul unei axe antero-posterioare, cu valori cuprinse între 20 și 25°
- b) se execută în planul frontal în jurul unei axe antero-posterioare, cu valori cuprinse între 25 și 35°
- c) se execută în planul frontal în jurul unei axe antero-posterioare, cu valori cuprinse între 29 și 39°

19. Înclinarea cubitală, testare goniometrică:

- a) **fulcrumul este deasupra osului capitat, brațul fix este aliniat cu linia mediană dorsală a antebrăului, iar cel mobil pe al treilea metacarpian**
- b) fulcrumul este deasupra osului pisiform, brațul fix este aliniat cu linia mediană dorsală a brațului, iar cel mobil pe al treilea metacarpian
- c) fulcrumul este centrat pe partea dorsală al pumnului, deasupra osului pisiform

20. Flexia șoldului:

- a) valorile variază între 120 și 140° la testarea cu genunchiul extins
- b) este executată în plan sagital în jurul unei axe medio-laterale cu valori cuprinse între 90 și 170°
- c) **valorile variază între 120 și 140° la testarea cu genunchiul flectat**

21. Extensia șoldului, goniometrie:

- a) fulcrumul este centrat peste marele trohanter, brațul fix urmărește linia mediană a pelvisului și cel mobil trohiter
- b) **fulcrumul este centrat peste marele trohanter, brațul fix urmărește linia mediană a pelvisului și cel mobil epicondilul lateral**
- c) fulcrumul este centrat peste trohiter, brațul fix urmărește linia mediană a sternului

22. Abducția șoldului, goniometrie:

- a) **fulcrumul este centrat peste spina iliacă antero-superioară a membrului măsurat, brațul distal (mobil) este aliniat cu linia mediană anterioară a femurului**
- b) fulcrumul este centrat peste coccis
- c) fulcrumul este centrat peste interliniul șoldului, brațul fix este aliniat cu linia mediană anterioară a femurului

23. Rotația internă a șoldului:

- a) **se execută într-un plan transversal în jurul unei axe verticale când subiectul este în poziție anatomică, iar valorile variază între 30 și 45°**



- 
- b) se execută într-un plan frontal în jurul unei axe verticale când subiectul este în poziție anatomică, iar valorile variază între 45 și 55°
- c) se execută într-un plan longitudinal în jurul unei axe verticale când subiectul este în poziție anatomică, iar valorile variază între 30 și 45°
24. Rotația internă a șoldului, goniometrie:
- a) fulcrumul înclinometrului este centrat peste mijlocul patelei, brațul fix este aliniat astfel încât să fie perpendicular pe podea
- b) fulcrumul goniometrului este centrat peste mijlocul sternului, brațul fix este aliniat astfel încât să fie perpendicular pe podea
- c) fulcrumul goniometrului este centrat peste mijlocul patelei, brațul fix este aliniat astfel încât să fie perpendicular pe podea**
25. Flexia genunchiului:
- a) se execută în planul frontal în jurul unei axe medio-laterale, cu valori cuprinse între 130 la 140°
- b) se execută în planul sagital în jurul unei axe medio-laterale, cu valori cuprinse între 130 și 140°**
- c) se execută în planul sagital în jurul unei axe medio-laterale, cu valori cuprinse între 140 și 150°
26. Extensia genunchiului:
- a) testarea goniometrică se realizează din decubit ventral cu genunchiul flectat
- b) este 0° și poate depăși 5-10°, fiind numită hiperextensie**
- c) se execută în planul frontal în jurul unei axe medio-laterale
27. Dorsiflexia (extensia piciorului):
- a) valorile dorsiflexiei la adulți variază între 35 și 50°
- b) se execută în planul sagital în jurul unei axe medio-laterale, iar valorile la adulți variază între 15 și 20° în pozițiile fără greutate**
- c) valorile dorsiflexiei la adulți variază între 25 și 35°
28. Flexia plantară, goniometrie:
- a) fulcrumul este centrat peste aspectul lateral al maleolei externe (laterale), iar brațul distal (mobil) se aliniază paralel cu aspectul lateral al celui de-al cincilea metacarpian
- b) fulcrumul este centrat peste aspectul lateral al maleolei externe (laterale), iar brațul distal (mobil) se aliniază paralel cu aspectul lateral al celui de-al cincilea metatarsian**



- 
- c) fulcrumul este centrat peste aspectul lateral al maleolei interne (mediale), iar brațul distal (mobil) se aliniază paralel cu aspectul lateral al celui de-al cincilea metatarsian
29. Extensia coloanei cervicale:
- a) **măsurată cu un goniometru este de aproximativ 50-70°**
  - b) subiectul este așezat în poziția decubit dorsal
  - c) se realizează în plan frontal în jurul unui ax medio-lateral, iar valoarea normală este de 20°
30. Extensia toraco-lombară:
- a) se realizează în planul sagital în jurul unui ax medio-lateral și valoarea normală este de 45°
  - b) subiectul va sta în poziție patrupeadă pentru testare a amplitudinii de mișcare
  - c) **se realizează în planul sagital în jurul unui ax medio-lateral și valoarea normală este de 25°**
31. Printre reflexele medulare se numără și:
- a) reflexul vestibulo-ocular
  - b) **reflexul inhibitor tendinos**
  - c) reflexele vestibulo-spinale
32. Răspunsurile posturale automate:
- a) au timp de latență mare
  - b) majoritatea dezechilibrelor se produc în plan frontal (lateral)
  - c) **sunt mișcări sau secvențe de mișcări stereotipe**
33. Spasticitatea:
- a) are caracter plastic
  - b) **este o disfuncție motorie caracterizată printr-o creștere dependentă de viteză a reflexelor tonice de întindere**
  - c) este caracterizată de hipotonie musculară
34. În modelul cerebral spasticitatea este localizată la nivelul:
- a) **mușchilor antigravitaționali**
  - b) mușchilor extensori ai membrului superior
  - c) mușchilor flexori ai membrului inferior
35. Particularitățile programelor de recuperare în hemiplegie:
- a) cele mai bune rezultate se obțin după o perioadă de 6 luni
  - b) **se eșalonează în raport cu evoluția pacientului**



- c) potențialul de recuperare este maxim după 6 luni
36. În AVC transferul pacientului de pe pat în fotoliu rulant se realizează:
- a) cu sprijin unilateral
  - b) cu sau fără orteză
  - c) cu ajutorul kinetoterapeutului, fără ajutor din partea pacientului**
37. În scleroza multiplă reabilitarea în fazele inițiale urmărește:
- a) evitarea apariției oboselii
  - b) menținerea unei condiții fizice bune**
  - c) vizează restantul motor
38. Unul dintre mijloacele fizicale de reducere a spasticității este:
- a) inhibiția generalizată**
  - b) factorii emoționali
  - c) stimulii nocivi
39. Reguli în recuperarea pacientului cu Parkinson:
- a) oboseala nu este un factor important
  - b) regularitatea ședințelor**
  - c) exerciții cu schimbări bruște de poziție
40. Unul dintre obiectivele recuperării în sindromul motor este:
- a) refacerea imaginii kinestezice a segmentului paralizat**
  - b) reeducarea sensibilității
  - c) exerciții pentru activarea circulației periferice
41. Mobilitatea, etapă a controlului motor:
- a) reprezintă capacitatea de a manipula și explora mediul înconjurător
  - b) se realizează prin reflexe tonice posturale
  - c) este abilitatea de a iniția și executa o mișcare**
42. Printre metodele pentru reeducarea controlului motor se numără:
- a) electrostimularea neuromusculară**
  - b) exercițiul fizic terapeutic pasiv
  - c) posturarea
43. Mersul hemiplegicului:
- a) este simetric
  - b) genunchiul este rigid în timpul fazei de balans a ciclului de mers**
  - c) mușchii cvadriiceps sunt relaxați pe aproximativ toată durata ciclului de mers



44. Sinergia flexorilor membrului superior:
- rotația externă a umărului**
  - adducția umărului
  - ponația antebrațului
45. Mersul în scleroza multiplă se caracterizează prin:
- flexia accentuată a trunchiului**
  - lungimea crescută a pasului
  - numărul redus de pași pe minut (cadența)
46. În leziunea cerebrală traumatică la pacienții cu comoție, exercițiul fizic introdus prea devreme după leziune poate:
- ameliora cogniția și simptomele asociate
  - înrăutăți cogniția și simptomele asociate**
  - nu are niciun efect asupra cogniției și simptomelor asociate
47. Reflexe primare:
- sunt reflexe monosinaptice
  - se găsesc în comportamentul normal al nou-născutului la termen**
  - nu se găsesc în comportamentul prematurului
48. În paralizia obstetricală a plexului brahial obiectivele finale se concentrează pe:
- exerciții de mobilitate
  - reducerea deformărilor osoase și redorilor articulare**
  - stimularea sensibilității
49. Terapia fizică în spasticitatea la copii:
- utilizează tehnici de reabilitare a sensibilității proprioceptive**
  - nu utilizează poziții cheie
  - utilizează infiltrațiile cu fenol
50. Modelul ideal al dezvoltării neuro-motorii pentru vârsta de 5 luni este reprezentat de:
- decubitul ventral – proiecția centrului de greutate se deplasează caudal, până la nivelul ombilicului
  - decubitul ventral – dispăre reflexul de apucare
  - controlul capului și corpului este bine stabilit**
51. Unul dintre obiective în tratamentul kinetic al copilului cu paralizie cerebrală infantilă este:





- 
- a) adoptarea unor posturi care inhibă relaxarea musculaturii contractate  
**b) facilitarea activității motrice controlate**  
c) inhibarea hipotoniei musculare
52. Unul dintre obiectivele principale ale tratamentului după Bobath este:  
a) tonifierea musculaturii  
b) facilitarea modelelor anormale ale activității reflexe posturale  
**c) inhibarea simptomelor patologice precum spasticitatea**
53. Electrostimularea în paralizia cerebrală are efecte:  
a) antalgice  
**b) îmbunătățirea forței și funcționalității musculare**  
c) relaxarea musculară
54. Copiii cu paralizie cerebrală prezintă o varietate de tipare patologice de mers:  
a) forfecarea este un tipar de plan frontal comun, de abducție excesivă a membrilor inferioare  
b) mersul săltat este caracterizat prin extensia excesivă a coapsei  
**c) mersul ghemuit este un tipar observat la copiii diplegici mai mari**
55. Capacitatea unui copil cu mielomeningocel de a menține funcția ambulatorie este determinată de un număr de unul dintre următorii factori:  
a) genul  
**b) nivelul lezional**  
c) mediul înconjurător
56. Unul dintre obiectivele tipice ale prescrierii unui dispozitiv ortetic pentru un copil cu mielomeningocel este:  
a) ameliorarea complicațiilor  
b) asigurarea controlului motor  
**c) ameliorarea funcționalității**
57. Adaptări fiziologice la exercițiul aerobic:  
a) frecvența cardiacă crește în exercițiul maximal  
b) presiunea sistolică crește în exercițiul submaximal  
**c) presiunea diastolică scade în repaus**
58. În examinarea fizică în recuperarea cardiovasculară se urmărește:  
a) amplitudinea de mișcare articulară  
**b) tensiunea arterială**  
c) controlul motor



59. Recuperarea cardiovasculară a pacienților în starea acută este inițiat prin:
- antrenamentul pentru ADL-uri la 4 până la 6 MET
  - gama pasivă de exerciții**
  - mobilizarea timpurie la 2 sau 3 MET
60. Exercițiile de recuperare în boala pulmonară obstructivă cronică:
- cresc forța diafragmei**
  - scad presiunea inspiratorie orală maximă
  - scad sarcina de lucru maximă
61. În limfedem terapia decongestivă completă este un proces ce trece diverse faze:
- de debut
  - de instalare
  - terapeutică**
62. Pentru un program de antrenament aerob nu este recomandat:
- antrenamentul numai pe bandă de alergat**
  - combinație de diferite aparate de lucru
  - antrenamentul numai pe bicicletă ergometrică
63. În funcție de intensitate, adaptările cardiovasculare la antrenamentul aerob se observă în:
- 2 până la 4 săptămâni
  - 4 până la 8 săptămâni
  - 6 până la 10 săptămâni**
64. Contraindicații relative privind testarea la efortul fizic:
- angina instabilă de risc ridicat
  - tahiaritmii sau bradiaritmii**
  - stenoza aortică simptomatică severă
65. Programul de recuperare cardiovasculară în faza acută include de obicei:
- 10 de minute de exerciții aerobe monitorizate prin telemetrie pe zi
  - 60 de minute de exerciții aerobe monitorizate prin telemetrie pe zi**
  - 30 de minute de terapie ocupațională pe zi
66. Programul de recuperare cardiovasculară în faza acută la pacienții internați durează între:
- 7 și 20 zile
  - 5 și 10 zile



c) 10 și 14 zile

67. În recuperarea pulmonară nu se vor efectua exerciții pentru:
- a) forță și rezistență musculară
  - b) control motor**
  - c) flexibilitate
68. În reabilitarea pulmonară indicațiile pentru testarea prin exerciții cardio-respiratorii cuprind:
- a) prezența unor boli asociate care au contraindicat exercițiul fizic
  - b) boala pulmonară instabilă
  - c) renunțarea la fumat**
69. Una dintre complicațiile tardive, locale, ale fracturii de col femural este reprezentată de:
- a) coxartroza secundară**
  - b) periartrita coxofemurala
  - c) tromboflebita
70. O complicație precoce a fracturii de col femural este:
- a) pseudartroza
  - b) necroza aseptică de cap femural
  - c) bronhopneumonia**
71. Dintre avantajele tratamentului chirurgical al fracturii de col femural, nu face/nu fac parte:
- a) mortalitatea mai mare**
  - b) complicațiile de decubit mai rare
  - c) scurtarea perioadei de imobilizare
72. Mișcarea de extensie forțată la nivelul articulației șoldului este realizată de mușchiul:
- a) fesierul mic
  - b) fesierul mare**
  - c) fesierul mijlociu
73. În majoritatea cazurilor, redoarea posttraumatică a genunchiului se instalează în poziție:
- a) de flexie a articulației genunchiului
  - b) de extensie a articulației genunchiului**
  - c) neutră a articulației genunchiului



74. La nivelul cărei articulații amplitudinea de mișcare nu crește odată cu frecvența pasului sau cu creșterea vitezei?
- genunchiului
  - șoldului
  - gleznei**
75. După tratamentul chirurgical al fracturilor de col femural cu deplasare, interdicția de a călca pe membrul respectiv este de minimum:
- 2 luni de la operație
  - 1 lună de la operație
  - 4 luni de la operație**
76. În cazul pacientului cu proteză totală necimentată de șold (PTNC), mersul cu cadru se desfășoară:
- între 6 – 12 săptămâni**
  - pentru solicitări pe distanțe mari de mers
  - în prima lună postoperator
77. Programul recuperator preoperator la un pacient propus pentru artroplastie totală de genunchi, urmărește următoarele obiective, cu excepția:
- ameliorării durerii
  - ameliorării tulburărilor vasculare și trofice locale
  - evitării tratamentului recuperator postoperator**
78. Artroplastia de umăr este indicată în:
- artroza posttraumatică**
  - artrita septică
  - boala Parkinson
79. În recuperarea după artroplastia de umăr, în primele 6 săptămâni, se evită:
- flexia și abducția active**
  - rotația externă din poziție orizontală
  - rotația internă
80. La pacienții cu artroză posttraumatică de cot, este dominantă din punct de vedere clinic:
- instabilitatea articulară severă
  - pierderea mobilității articulare**
  - instabilitatea articulară moderată



81. În cazul protezei totale necimentate de șold (PTNC), încărcarea progresivă începe după:
- a) 3 luni
  - b) 6 luni
  - c) **6 săptămâni**
82. În cazul protezei totale cimentate de șold (PTC), încărcarea progresivă începe:
- a) la 3 săptămâni postoperator
  - b) **imediat postoperator**
  - c) la 6 săptămâni postoperator
83. Complicații mai mari postoperatorii apar după artroplastia:
- a) de șold
  - b) de genunchi
  - c) **de gleznă**
84. Contractura care poate urma unei patologii posttraumatice, tratată ortopedic, după imobilizarea unui segment într-o poziție de scurtare musculară, este de tip:
- a) miotatic
  - b) **miostatic**
  - c) spastic
85. Una din următoarele afirmații despre coxartroza posttraumatică, nu este adevărată:
- a) **este cea mai frecventă formă de coxartroză secundară**
  - b) este consecința alterării articulației printr-o artropatie câștigată;
  - c) se întâlnește mai frecvent la bărbați
86. Una din următoarele activități uzuale zilnice necesită amplitudini mai mari de flexie a genunchiului:
- a) mersul obișnuit
  - b) urcatul scărilor
  - c) **coborâtul scărilor**
87. Calusul în „flexie”:
- a) **limitează extensia genunchiului**
  - b) limitează global mișcările pasive ale genunchiului
  - c) nu influențează genunchiul din punct de vedere funcțional
88. Factorii care stabilizează activ genunchiul sunt:
- a) **mușchii periarticulari**



- 
- b) tendonul rotulian  
c) ligamentele încrucișate
89. Pentru refacerea mobilității articulare, cu interesarea țesutului moale, se utilizează următoarele metode, cu excepția:
- a) **angiomatului**  
b) inhibiției active  
c) stretching-ului
90. Cele mai frecvente cauze de limitare a amplitudinii de mișcare articulară de cauză osoasă sunt următoarele, cu excepția:
- a) fracturilor parcelare, cu fragmente osoase intra-articulare  
b) calusurilor voluminoase după fracturi articulare  
c) **capsulitei retractile**
91. Cel mai lung mușchi din organism este:
- a) **adductorul lung**  
b) sartoriusul  
c) dreptul femural
92. Cel mai important stabilizator dinamic al articulației genunchiului este mușchiul:
- a) psoas iliac  
b) **cvadriceps**  
c) popliteu
93. Principala cauză de coxartroză secundară este alterarea articulației prin:
- a) **artropatia congenitală**  
b) coxita  
c) necroza aseptică
94. Elementele patomorfe intra-articulare generatoare de deficit motor în patologia posttraumatică, care beneficiază numai de tratament ortopedico-chirurgical sunt următoarele, cu excepția:
- a) **luxației capetelor osoase**  
b) fracturii intra-articulare  
c) calusului exuberant
95. Capsula articulară este un țesut conjunctiv fibros, care prezintă următoarele caracteristici, cu o excepție
- a) **nu este vascularizată**  
b) are inervație bogată



- 
- c) prezinta receptori importanți în mecanismul de feedback al controlului motor
96. Țesutul conjunctivo-histiocitar al sinovialei reacționează intens prin proliferare în patologia posttraumatică, cu o excepție:
- a) imobilizarea prelungită
  - b) mobilizarea articulară precoce**
  - c) lipsa de mobilizare a articulației
97. Lezarea tendonului nu se vindecă prin:
- a) regenerare**
  - b) cicatrice fibroasa
  - c) calus tendinos
98. Leziunile ușoare ale fibrelor musculare se vindecă prin:
- a) cicatrice conjunctivă**
  - b) cicatrice interstițială
  - c) aspect de „tendon” intermediar
99. Una din următoarele afirmații despre artroza posttraumatică de umăr este adevărată:
- a) reprezintă o indicație pentru artroplastia de umăr**
  - b) este consecința inflamației la nivelul “coafei rotatorilor”
  - c) nu se tratează chirurgical
100. Paralizia posttraumatică apare în leziunile de nerv periferic prin:
- a) compresiune
  - b) strivire
  - c) secțiune totală**



**COLEGIUL  
FIZIOTERAPEUȚILOR  
DIN ROMÂNIA**

**COLEGIUL FIZIOTERAPEUȚILOR DIN ROMÂNIA**

CIF: 38710536

Cont IBAN:RO58BRDE410SV97037454100, BRD-Groupe Societe Generale

Sediul: Str. Dr. Ernest Juvara nr. 18, etaj 3, sector 6, București

**Tel: 0741.077.811, E-mail: [secretariat@cfizio.ro](mailto:secretariat@cfizio.ro)**



**World  
Physiotherapy**

MEMBER ORGANISATION

---