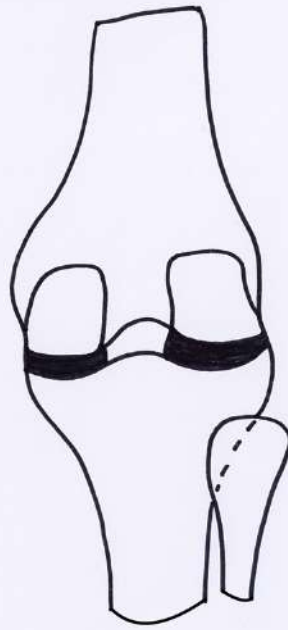


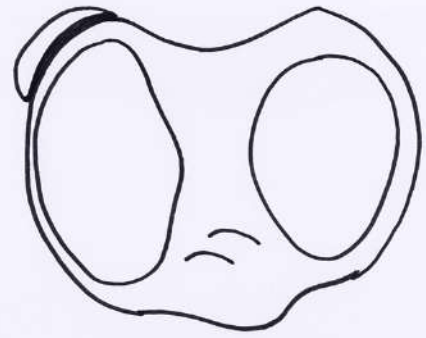
ANTERIEUR



POSTERIEUR



TIBIA FACE SUP



Nom:
Prenom:
Date d'intervention:

FACE LATERALE



FACE MEDIALE



FEMUR FACE INF



LIGAMENT	Grefe	Moyen de fixation tibial	Moyen de fixation fémoral	Séquence de fixation	Degré de fixation	Matériel à prévoir
LCA						
LCP						
LCM						
POL						
LCL						
POPLITE						
AUTRE						