

**ANTERIEUR**

**POSTERIEUR**

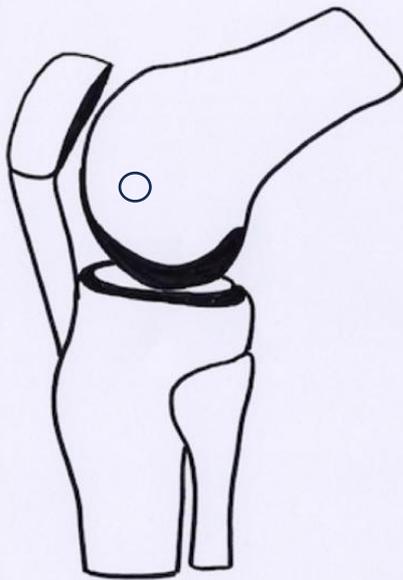


Nom:  
Prenom:  
Date d'intervention:

**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						