

주식회사 알푸스

본 사 : 서울 광진구 광나루로 486 센트럴빌 902호
제1족부기공소(Lab) : 대구 남구 앞산순환로 413, 1층
담당자 : 알푸스 경영지원팀 / TEL (053)623-9013 / FAX 053)625-8875

등록번호 : alfoots-230223-01

작성일자 : 2023.02.23

수신 : 원장님 귀하

참조 : 업무 담당자.

선람			지시		
접수	일자		결 재 공 람		
	시각 번호				
	처리과				
	담당자				
	심사자		심사일		

제목 : Custom-made Foot orthotic (CFO) Prescription(처방전) 변경 안내 공문

- 귀 원의 무궁한 발전을 기원하오며, 당사의 제품을 이용해 주시고 성원해 주심에 항상 감사드립니다.
- 당사에서는 다 년간 사용해온 **Custom-made Foot orthotic (CFO) Prescription(처방전)**을 아래와 같이 **변경** 사용하게 됨을 안내드리오니 반드시 공문 및 홈페이지를 확인하여 주시기 바랍니다.

◆ 아 래 ◆

1) 변경 일자 : 2023년 4월 1일

2) 변경 취지

- 그 동안은 RCSP 평가방법과 당사에서 개발한 Foot Scanner(Gaitview AFA 50)를 이용한 수치를 근거로 발 보조기(FOs) 제작의 중요한 결정 요소 중에 하나인 수정각도(Modification angle)를 반영하였습니다. 하지만 RCSP평가방법은 검사자 및 검사 상황에 따라 검사결과가 바뀔 수 있다는 단점이 있으며, Foot Scanner(Gaitview AFA 50)검사 결과는 발 보조기(FOs) 처방에 직접적으로 연결하기보다 참고하거나 부가적인 처방에 국한하는 한계가 있기에 당사에서는 RCSP(Relaxed Calcaneal Stance Position)과 Foot Posture Index #6. 평가방법을 근거로 수년간의 비교 테스트와 연구 끝에 이러한 단점을 보완하는 **KFPAD(Kwak's Foot Posture Assessment Device/곽의 발 자세 평가 기구)**를 개발하기에 이르렀습니다. (개발자 : 알푸스 대표이사 곽동엽 / 추후 자세한 안내와 홍보 예정)

새로 개발한 KFPAD(Kwak's Foot Posture Assessment Device/곽의 발 자세 평가 기구)란 ?


- 언제, 어디서, 누가, 어떤 환자에게 검사를 해도 빠르고 쉽게 동일한 검사 결과 값을 얻어 낼 수 있습니다.
- 뿐만 아니라 이 검사 결과 값은 바로 발 보조기(FOs)의 제작의 중요한 결정 요소 중에 하나인 수정각도(Modification angle)값으로 바로 치환할 수 있는 아주 큰 장점이 있습니다.
- 안경 착용 후, 교정시력을 측정할 수 있듯이, 발 보조기(FOs)착용 직후 바로 개선된 발 자세(Foot Posture)의 정도를 **KFPAS(Kwak's Foot Posture Assessment Score/곽의 발자세 평가 수치)**로 재평가하여 환자와 공유함으로써 환자에게는 치료결과에 대한 강한 신뢰감과 향후의 치료 방향을 함께 계획할 수 있습니다.

- 이에 **KFPAD**를 이용하여 검사한 **KFPAS**를 표기함은 물론 처방항목을 일부 추가, 수정하고자 Custom-made Foot orthotic (CFO) Prescription(처방전) 변경하게 되었습니다.

3) 수정 및 추가 항목 / 작성 요령

	수정 및 추가 항목	작성 요령
1	KFPAS 표기 란 추가	KFPAD를 이용하여 검사한 수치를 기재
2	처방전 표기 사항을 왼쪽과 오른쪽으로 구분	양발에 동일하게 처방 시 왼쪽 오른쪽 모두 체크 양발에 다르게 처방 시 왼쪽 오른쪽 각각 체크
3	Deflection 추가	굳은살, 사마귀, 티눈 등으로 통증이 발생한 부위 홈을 파서 통증완화 효과 단, 반드시 Deflection 할 부위를 폼박스에 표시되어야만 적용 가능
4	Denton 추가	발 보조기(FOs) 착용 시 발이 바깥쪽으로 쏠리는 현상을 막기 위한 패드로서, Midfoot Lateral에 부착

4) 변경된 처방전 이미지



Custom-made foot orthotic
PRESCRIPTION

www.alFOOTs.com
서울본사 : 02-546-8875
대구지점(LAB) : 053-623-9013

Patient Name		OFFICE USE ONLY			
Gender	Age	DATE RECEIVED		SERIAL No.	
Weight	Height	DATE COMPLETED		SIGN	
Shoe size		DATE ORDERED			
Tel		Clinic			
Address		Doctors			
		Diagnosis/chief complaint			
<input type="checkbox"/> 개별 발송 <small>* 개별 발송인 경우 주소와 전화번호를 꼭 써주세요</small>					

KFPAS	Lt		Rt
Shell material		<input type="checkbox"/> PP <input type="checkbox"/> Cork <input type="checkbox"/> PE <input type="checkbox"/> PSI <input type="checkbox"/> Tonus	
Orthotic length		<input type="checkbox"/> Shell(2/3) <input type="checkbox"/> 3/4 <input type="checkbox"/> full	
Top cover		<input type="checkbox"/> Vinyl <input type="checkbox"/> Multifoam <input type="checkbox"/> Plastazote <input type="checkbox"/> Chamude <input type="checkbox"/> Carbon <input type="checkbox"/> Premium	

Lt	처방항목	Rt
<input type="checkbox"/> 20mm <input type="checkbox"/> 25mm <input type="checkbox"/> Others _____ <input type="checkbox"/> -10 <input type="checkbox"/> -5 <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 10 <input type="checkbox"/> 15 <input type="checkbox"/> 20 <input type="checkbox"/> 25 <input type="checkbox"/> 30 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 1-5 <input type="checkbox"/> 2-5 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Forefoot <input type="checkbox"/> Medial(varus) () mm <input type="checkbox"/> Lateral(valgus) () mm Rearfoot <input type="checkbox"/> Medial(varus) () mm <input type="checkbox"/> Lateral(valgus) () mm <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> () mm () mm	Arch height <input type="checkbox"/> 20mm <input type="checkbox"/> 25mm <input type="checkbox"/> Others _____ <input type="checkbox"/> -10 <input type="checkbox"/> -5 <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 10 <input type="checkbox"/> 15 <input type="checkbox"/> 20 <input type="checkbox"/> 25 <input type="checkbox"/> 30 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 1-5 <input type="checkbox"/> 2-5 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Extrinsic Wedge <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Deflection <input type="checkbox"/> Denton <input type="checkbox"/> Heel Cushion Pad <input type="checkbox"/> Heel U-pad <input type="checkbox"/> CCA <input type="checkbox"/> Heel Lift () mm Full length Lift () mm P.P만 처방 가능 Gait Plate <input type="checkbox"/> In-toeing <input type="checkbox"/> Out-toeing Flange <input type="checkbox"/> Med. <input type="checkbox"/> Lat. Heel Cup <input type="checkbox"/> M.H.S.T <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 20mm <input type="checkbox"/> 25mm <input type="checkbox"/> Others _____ <input type="checkbox"/> -10 <input type="checkbox"/> -5 <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 10 <input type="checkbox"/> 15 <input type="checkbox"/> 20 <input type="checkbox"/> 25 <input type="checkbox"/> 30 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 1-5 <input type="checkbox"/> 2-5 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Forefoot <input type="checkbox"/> Medial(varus) () mm <input type="checkbox"/> Lateral(valgus) () mm Rearfoot <input type="checkbox"/> Medial(varus) () mm <input type="checkbox"/> Lateral(valgus) () mm <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> () mm () mm

Additional request	
--------------------	--

alFOOTs

궁금한 사항은 알푸스 본사 02-546-8875로 문의 주시기 바랍니다. 끝

주식회사 알푸스
 대표이사 곽동엽