

Patient Checklist:

Weightbearing: FFWB x 2 weeks (Flat Foot - 20 lb)

> 2 weeks 4-6 hrs/day

Lie on Stomach: 1-2 hrs 2-3x/day

* IF LABRAL REPAIR: **Rotational Boot:** When laying on back and not in CPM 18-21 days

CPM:

Brace:

0-90 x 10 days

ROM Limits: Flexion: 900 x 10 days

Ext: 00 x 3 wks

Abd: 250 x 3 wks

ER: 00 x 3 wks

IR: no limits

Modalities: Active Release Technique.

week 3.

Time Lines: Week 1 (1-7 POD) Week 2 (8-14 POD) Week 3 (15-21 POD) Week 4 (22-28 POD)

Ultrasound, and E-Stim as needed starting

HIP ARTHROSCOPY CHIELECTOMY &/OR LABRAL REPAIR

Dr. Safran's Physical Therapy Protocol

	•	•								ļ	l	1
		•							1			╄
	_											
	•	•	•	•								
	•	•	•	•	•	•						
٦)				•	•	•						
	•	•	•	•	•	•						
	•	•	•	•	•	•						
				•	•	•						
		•	•	•	•	•	•	•				
		•	•	•								
		•	•	•								
		•	•	•								
se												Ī
	•	•	•	•	•	•						
	•	•	•	•	•	•						
			•	•	•	•						
				•	•	•						
			•	•								
	•	•										
**		•	•									
	•	•	•	•	•	•	•					
	1	2	3	4	5	6	7	9	13	17	21	
		•	•	•	•	•	•					
			•	•	•	•	•	•				Ī
			•	•	•	•	•	•				Ī
			•	•	•	•	•	•				Ī
·)					•	•	•	•				Ī
<i>'</i>				•	•	•	•	•	•			Ī
						•	•	•	•			Ī
				•	•	•	•	•	•			Ī
.ea)							•	•	•	•		Ī
- J/							•	•	•	•		Ī
							•	•	•	•		T
												Ī
	1	2	3	4	5	6	7	9	13	17	21	
									•	•		f
										•		T
	\neg								•	•		t
	\dashv									•		t
	\dashv									•		t
	\neg											t
	1	2	3	4	5	6	7	a	13	17	21	
			0	-	J .				13			f
	\dashv											t
	-											t
	eg)	** ** 1 2)	** • • • • • • • • • • • • • • • • • •	**	** ** 1 2 3 4 1 2 3 4 1 2 3 4	** 1 2 3 4 5	** ** 1 2 3 4 5 6 1 2 3 4 5 6	** ** ** ** ** ** ** ** ** **	se	Se	se	se .