



THUASNE

CICATREX



PIED n°5

COMMANDE (par défaut)

DEVIS

RENOUVELLEMENT

Client code

Dossier n° renouvellement

1^{er} traitement

Date : Quantité :

IDENTIFICATION DU DÉTAILLANT

Nom du patient :

Prénom du patient :

Sexe : M F Enfant Taille du patient :

J'autorise mon professionnel de santé à collecter mes données et à les communiquer à la société Thuasne dans le cadre du traitement de la commande de mon dispositif médical sur mesure. Conformément à la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978, et au règlement européen n°2016/679/UE du 27 avril 2016, je bénéficie de droits dont notamment les droits d'accès, de rectification, de portabilité et de suppression de mes données. Je peux exercer ces droits en m'adressant par email à l'adresse en bas de page.

SIGNATURE DU PATIENT

Dans la mesure du possible, merci de joindre des photos du membre à appareiller. Merci de dessiner au feutre noir les contours du vêtement sur le schéma.

Merci de remplir la fiche n° 4 pour le reste du membre inférieur.

Pour les doigts de pied ouverts, merci de nous indiquer la longueur souhaitée sur chaque orteil.

PIED DROIT

PIED GAUCHE

(remplir une fiche par côté)

Indications

Grands brûlés (par défaut) SED (Syndrome Ehlers-Danlos)

Tissu

Cicatrex Filifine*

Cicatrex AirSkin**

BLANC BEIGE NOIR

*Si circonférence orteils inférieure à 4,6 cm, confection obligatoire en AirSkin **Circonférence mini AirSkin = 2,6 cm - Longueur minimum de l'orteil = 2 cm Pas d'orteils fermés en Filifine

Options

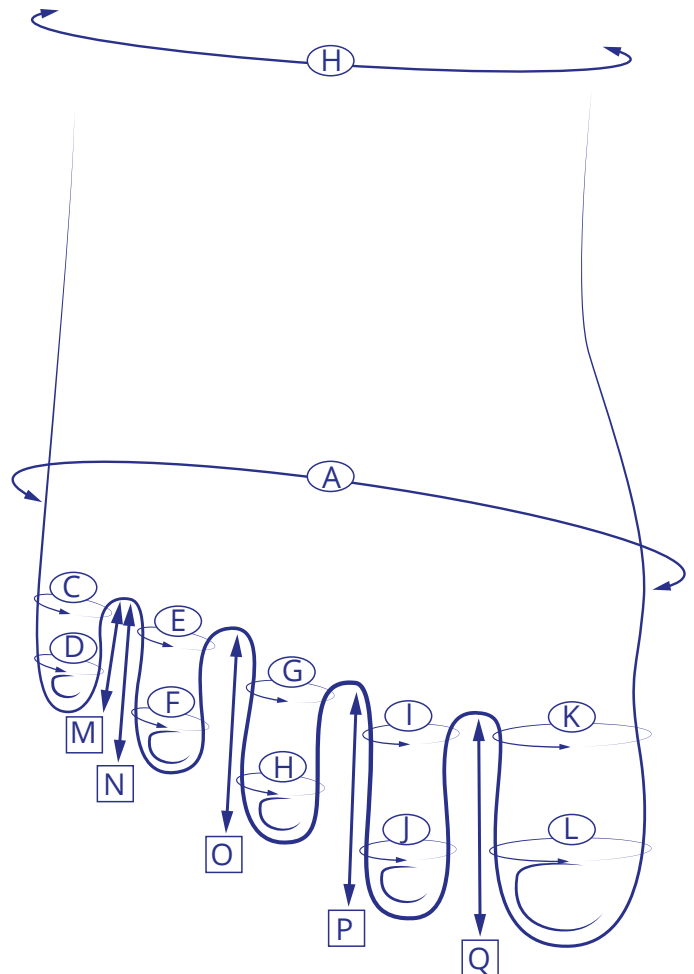
Pelote de compression

Dimensions (ℓ x h) : cm

Position : à dessiner

Commentaires

Table with columns for measurements (Circonférences, Longueurs souhaitées des orteils, Longueur totale du pied) and descriptions. Includes rows for H, A, C, D, E, F, G, H, I, J, K, L, M, N, O, P, Q and M, N, O, P, Q.



○ Circonférence en cm □ Longueur en cm