



**THUASNE**

**MOBIDERM**



**BAS & CHAUSSETTES**

**COMMANDE** (par défaut)  **DEVIS**  **RENOUVELLEMENT**

Client  
code

Dossier n°  
renouvellement

1<sup>er</sup> traitement

Date : ..... Quantité : .....

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

IDENTIFICATION  
DU DÉTAILLANT

**Dans la mesure du possible, merci de joindre des photos du membre à appareiller.  
Dessiner les contours du vêtement sur le schéma et barrer les mesures inutiles.**

**Modèle** GAUCHE DROIT

Chaussette  
Bas-cuisse

**Options distales**

Pied ouvert  
Pied fermé

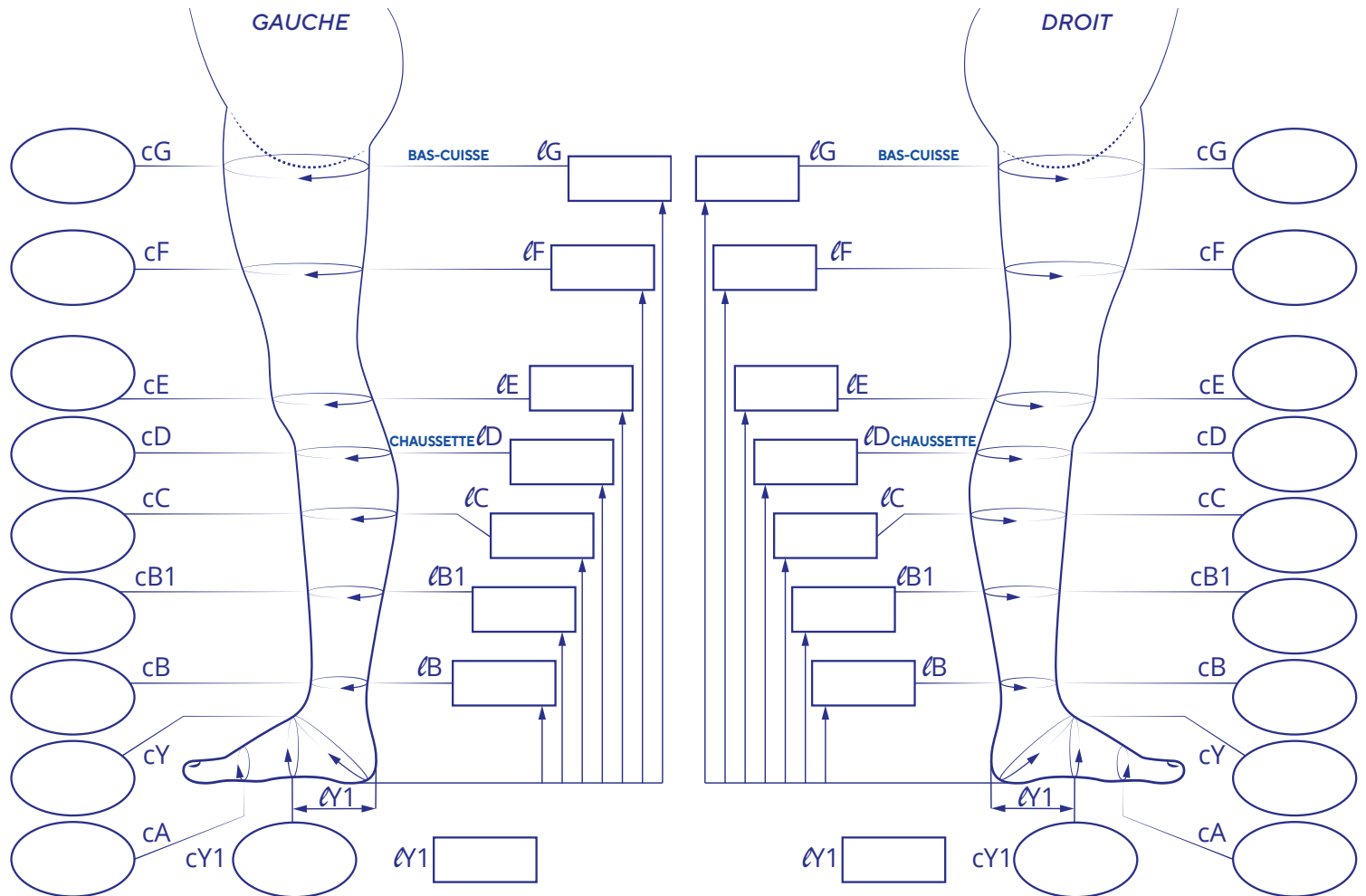
**Options mousse**

Tout petits plots  
Tout gros plots  
Gros plots jambe et petits plots pied

**Commentaires**

**Options proximales**

Élastique antiglisse picots 3 cm  
Auto-agrippant uniquement



Longueur de pied souhaitée :

Intérieur (lA)   
Extérieur (lA1)

Longueur en cm  
 Circonférence en cm

Longueur de pied souhaitée :

Intérieur (lA)   
Extérieur (lA1)