



THUASNE

LYMPHATREX Expert



COUVRE-ORTEIL TRICOTAGE RECTILIGNE

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.

Dessiner les contours du vêtement sur le schéma et barrer les mesures inutiles. En pied ouvert uniquement.

Modèle

- Couvre-orteil
- Attenant à chaussette/bas-cuisse/hémi-collant/collant
(remplir la fiche jambe) hauteur maxi point D

GAUCHE DROITE

Coloris

- Beige clair
- Beige bronzant
- Noir

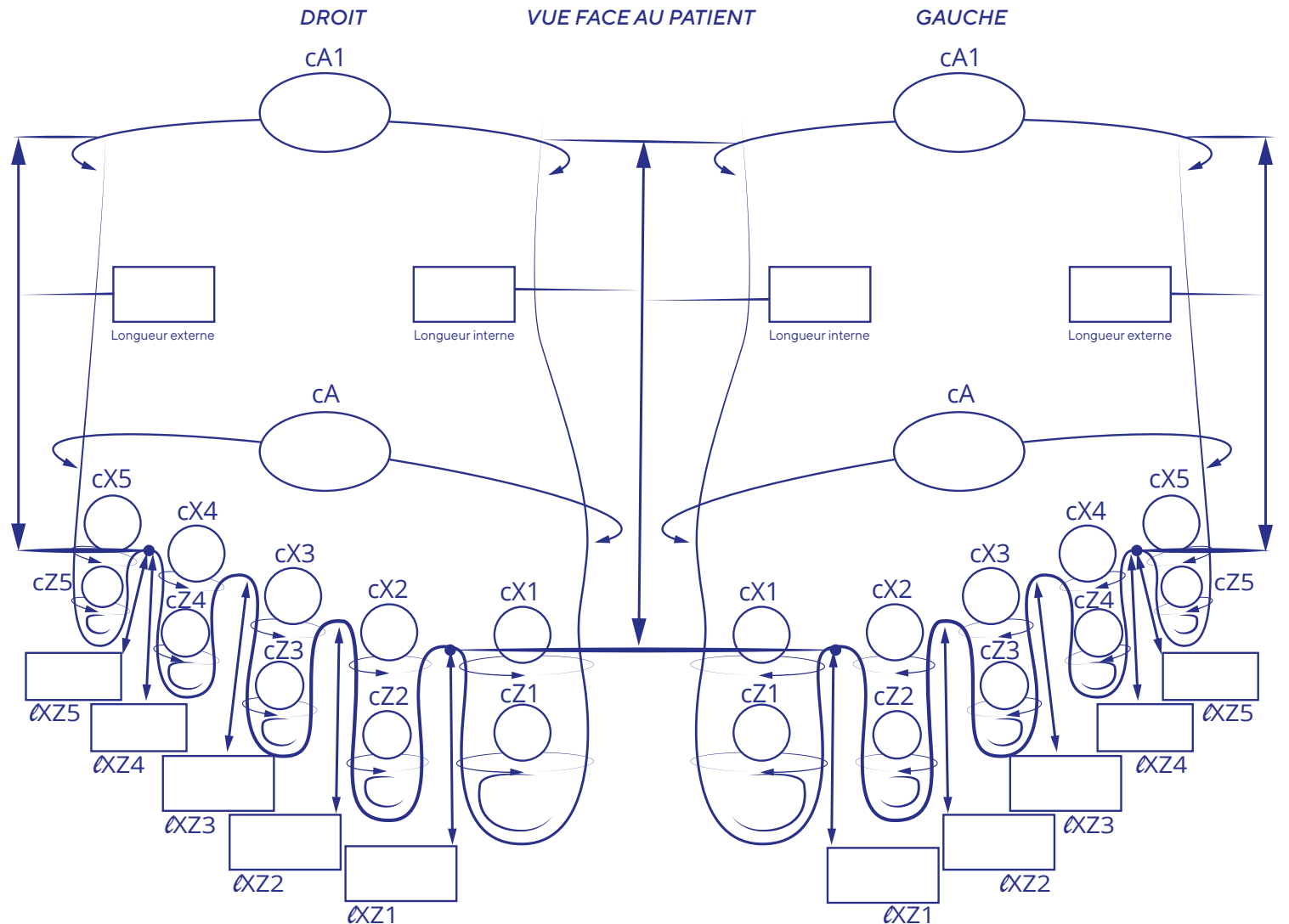
Commentaires

.....
.....
.....

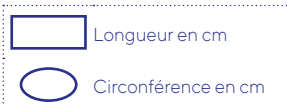
Compression

- Classe 3 (20 - 36 mmHg)
- Classe 4 (> 36 mmHg)

GAUCHE DROITE



Préciser longueur des orteils souhaitée
(et non totale)



Préciser longueur des orteils souhaitée
(et non totale)