



LYMPHATREX Revolution



MANCHON DE BRAS

COMMANDE (par défaut) DEVIS RENOUELEMENT

Client code

Dossier n° renouvellement

1^{er} traitement

Date :

Adulte Enfant

Taille du patient : Sexe : M F

IDENTIFICATION DU DÉTAILLANT

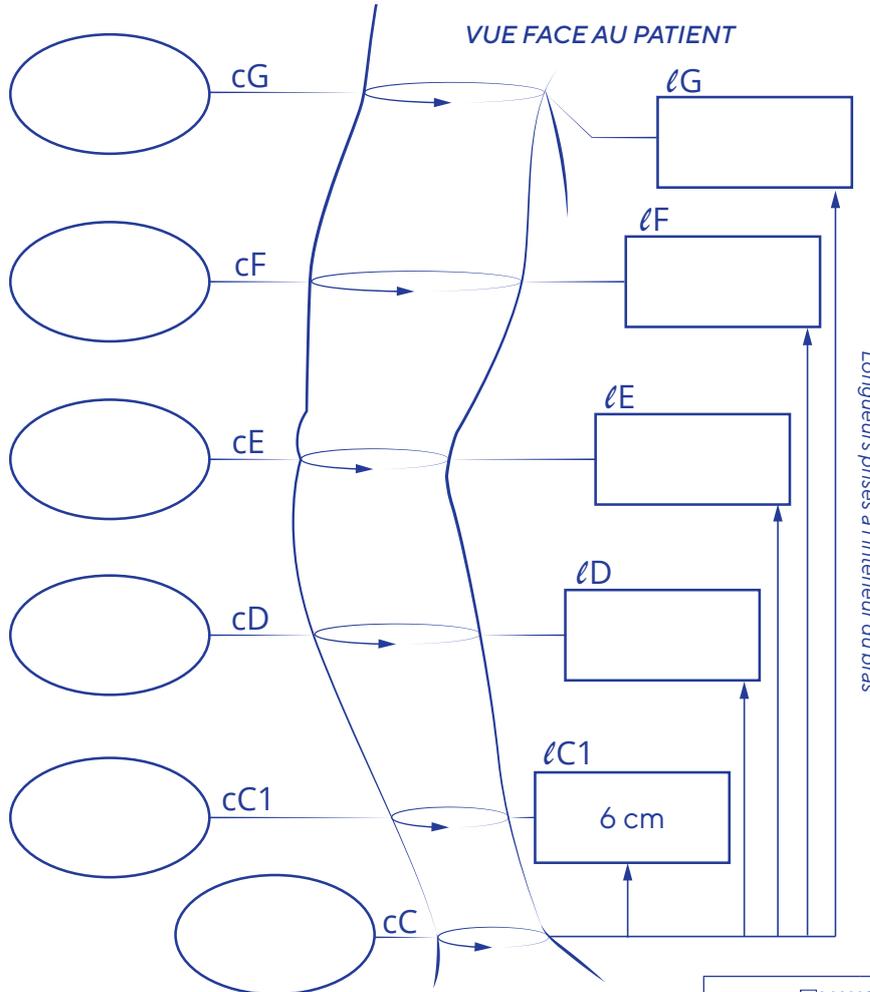
■ J'autorise mon professionnel de santé à collecter mes données et à les communiquer à la société Thuasne® dans le cadre du traitement de la commande de mon dispositif médical sur mesure. Conformément à la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978, et au règlement européen n°2016/679/UE du 27 avril 2016, je bénéficie 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

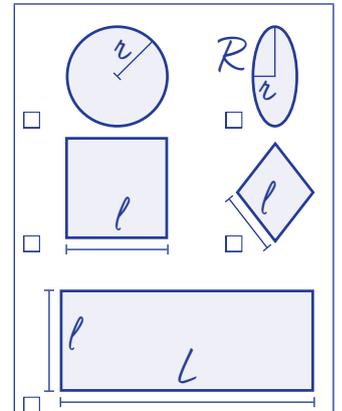
2401053-01 (2024-03)

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.

Dispositif de compression sur-mesure patient.



Longueurs prises à l'intérieur du bras



Poche sans pelote de compression.

r:
R:
l:
L:
Les dimensions sont susceptibles d'être adaptées lors de la production.

Couleurs	
<input type="checkbox"/> Noir	<input type="checkbox"/> Bleu nuit
<input type="checkbox"/> Beige clair	<input type="checkbox"/> Marron
<input type="checkbox"/> Beige bronzant	<input type="checkbox"/> Gris anthracite

		<input type="checkbox"/> MANCHON	
Finitions proximales	Élastique antiglisse picot 3 cm	<input type="checkbox"/> Gauche	<input type="checkbox"/> Droite
	Élastique antiglisse picot 5 cm	<input type="checkbox"/> Gauche	<input type="checkbox"/> Droite
	Sans antiglisse	<input type="checkbox"/> Gauche	<input type="checkbox"/> Droite
	Finition proximale biais	<input type="checkbox"/> Gauche	<input type="checkbox"/> Droite
	Extrémité proximale à compression réduite	<input type="checkbox"/> Gauche	<input type="checkbox"/> Droite
Autres options	Extrémité distale à compression réduite	<input type="checkbox"/> Gauche	<input type="checkbox"/> Droite
	Pelote de compression Sélectionner la forme et indiquer les dimensions dans l'encart dédié. Dessiner la position sur le schéma.	<input type="checkbox"/> Gauche	<input type="checkbox"/> Droite
	Zone anatomique coude	<input type="checkbox"/> Gauche	<input type="checkbox"/> Droite

Cette gamme est enrichie régulièrement. Assurez-vous d'avoir la dernière version disponible en flashant le QR code ci-contre :

Commentaires :

Compression (ASQUAL)	Manchon de bras	
<input type="checkbox"/> CL 2 (15 - 20 mmHg)	<input type="checkbox"/> Gauche Quantité :	<input type="checkbox"/> Droite Quantité :
<input type="checkbox"/> CL 3 (20 - 36 mmHg)	<input type="checkbox"/> Gauche Quantité :	<input type="checkbox"/> Droite Quantité :
<input type="checkbox"/> CL 4 (> 36 mmHg)	<input type="checkbox"/> Gauche Quantité :	<input type="checkbox"/> Droite Quantité :