



LYMPHATREX Revolution



JAMBES

COMMANDE (par défaut) DEVIS RENOUELEMENT

Client code

Dossier n° renouvellement

1^{er} traitement

Date :

Nom du patient :

Prénom du patient : Adulte Enfant

Taille du patient : Sexe : M F

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.

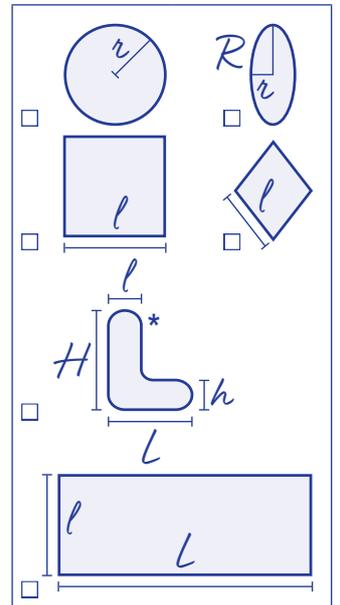
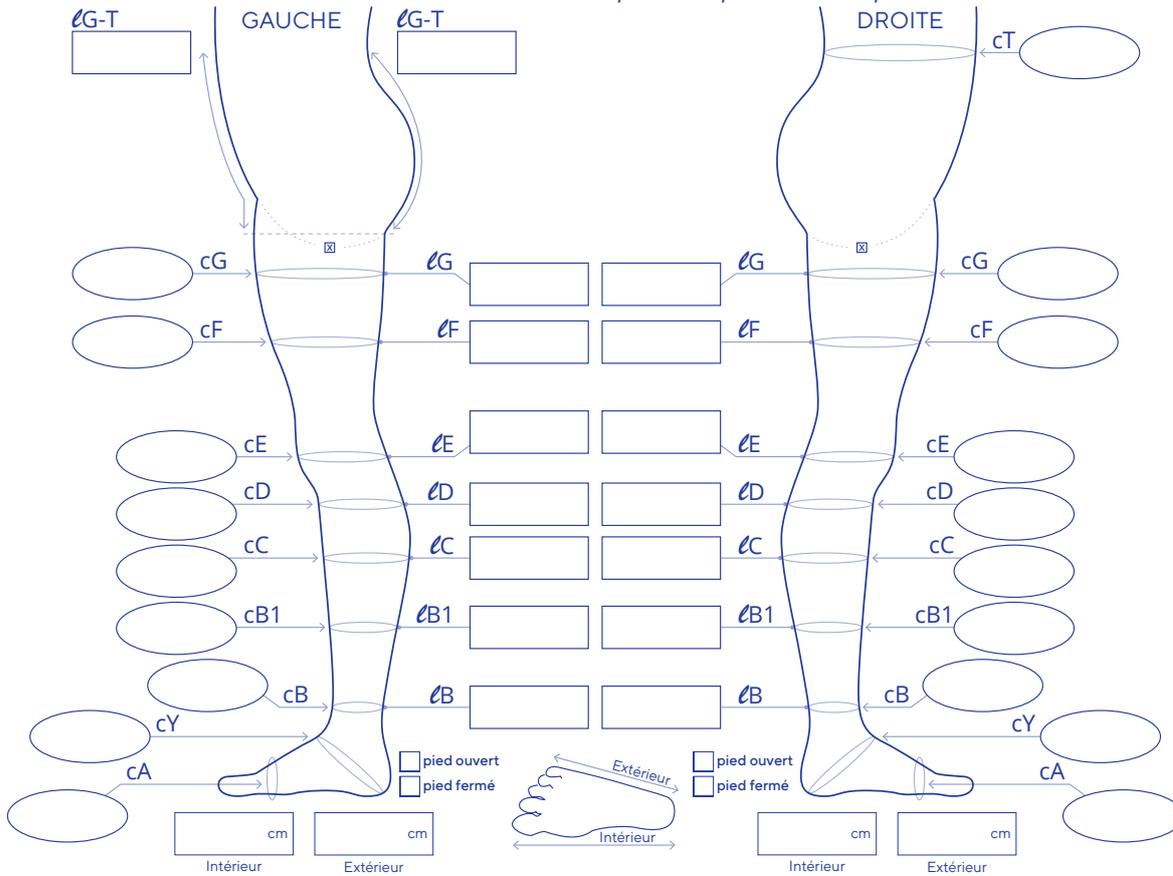
SIGNATURE DU PATIENT

IDENTIFICATION DU DÉTAILLANT

2401053-02 (2025-01)

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.



Poche sans pelote de compression.

v:	L:
R:	H:
l:	h:

Les dimensions sont susceptibles d'être adaptées lors de la production. * Uniquement en position malléolaire.

	<input type="checkbox"/> CHAUSSETTE (AD)	<input type="checkbox"/> BAS-CUISSE (AG)	<input type="checkbox"/> MANCHON (<input type="checkbox"/> BG <input type="checkbox"/> BD <input type="checkbox"/> FG)
Finitions proximales			
Fixation à la hanche 5 cm <i>prendre LG au pli fessier</i>		<input type="checkbox"/> Gauche <input type="checkbox"/> Droite	<input type="checkbox"/> Gauche <input type="checkbox"/> Droite
Élastique antiglisse picot 3 cm <i>AG, BG ou FG : uniquement pour utilisation pédiatrique</i>	<input type="checkbox"/> Gauche <input type="checkbox"/> Droite	<input type="checkbox"/> Gauche <input type="checkbox"/> Droite	<input type="checkbox"/> Gauche <input type="checkbox"/> Droite
Élastique antiglisse picot 5 cm	<input type="checkbox"/> Gauche <input type="checkbox"/> Droite	<input type="checkbox"/> Gauche <input type="checkbox"/> Droite	<input type="checkbox"/> Gauche <input type="checkbox"/> Droite
Sans antiglisse	<input type="checkbox"/> Gauche <input type="checkbox"/> Droite	<input type="checkbox"/> Gauche <input type="checkbox"/> Droite	<input type="checkbox"/> Gauche <input type="checkbox"/> Droite
Finition proximale biais (<i>hauteur: environ 5 cm</i>)		<input type="checkbox"/> Gauche <input type="checkbox"/> Droite	<input type="checkbox"/> Gauche <input type="checkbox"/> Droite
Extrémité proximale à compression réduite	<input type="checkbox"/> Gauche <input type="checkbox"/> Droite	<input type="checkbox"/> Gauche <input type="checkbox"/> Droite	<input type="checkbox"/> Gauche <input type="checkbox"/> Droite
Extrémité distale à compression réduite	<input type="checkbox"/> Gauche <input type="checkbox"/> Droite	<input type="checkbox"/> Gauche <input type="checkbox"/> Droite	<input type="checkbox"/> Gauche <input type="checkbox"/> Droite
Autres options		Sélectionner la forme et indiquer les dimensions dans l'encart dédié.	
Pelote de compression			
<input type="checkbox"/> Cou-de-pied	<input type="checkbox"/> Gauche <input type="checkbox"/> Droite	<input type="checkbox"/> Gauche <input type="checkbox"/> Droite	
<input type="checkbox"/> Malléole interne	<input type="checkbox"/> Gauche <input type="checkbox"/> Droite	<input type="checkbox"/> Gauche <input type="checkbox"/> Droite	
<input type="checkbox"/> Malléole externe	<input type="checkbox"/> Gauche <input type="checkbox"/> Droite	<input type="checkbox"/> Gauche <input type="checkbox"/> Droite	
<input type="checkbox"/> Autre : <i>dessiner la position sur le schéma.</i>	<input type="checkbox"/> Gauche <input type="checkbox"/> Droite	<input type="checkbox"/> Gauche <input type="checkbox"/> Droite	<input type="checkbox"/> Gauche <input type="checkbox"/> Droite
Zone fonctionnelle hallux valgus	<input type="checkbox"/> Gauche <input type="checkbox"/> Droite	<input type="checkbox"/> Gauche <input type="checkbox"/> Droite	
Zone anatomique genou		<input type="checkbox"/> Gauche <input type="checkbox"/> Droite	<input type="checkbox"/> Gauche <input type="checkbox"/> Droite

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

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

Commentaires :

Compression (ASQUAL)	Jambe	
<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 :