



THUASNE®

LYMPHATREX Expert



JAMBES - TRICOTAGE RECTILIGNE

COMMANDE (par défaut) DEVIS RENOUELEMENT

Client
code

Dossier n°
renouvellement

1^{er} 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

2207213-02 (2023-09)

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.

Modèle

- | | | |
|--|--------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> Chaussette | GAUCHE | DROITE |
| <input type="checkbox"/> Bas-cuisse | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Collant | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Hémi-collant - inclus short (jambe courte jusqu'au point E) | | |
| <input type="checkbox"/> Panty | | |

Compression

- | | | | |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> Classe 3 (20 - 36 mmhg) | GAUCHE | DROITE | CULOTTE |
| <input type="checkbox"/> Classe 4 (> 36 mmhg) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Sans compression | - | - | <input type="checkbox"/> |

Coloris

- Beige clair Beige bronzant Noir

Finitions chaussette

- | | | |
|---|--------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> Sans antiglisse (bord côte par défaut) | GAUCHE | DROITE |
| <input type="checkbox"/> Élastique 3 cm (tresse simple) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Antiglisse picots silicone 3 cm | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Antiglisse picots silicone 5 cm | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Finitions bas-cuisse

- | | | |
|--|--------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> Antiglisse picots silicone 5 cm | GAUCHE | DROITE |
| <input type="checkbox"/> Haut de cuisse en biais | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Couvre-hanche | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Finitions collant, hémi-collant, panty

- Ceinture**
- Ceinture élastique 5 cm
 Élastique réglable
 Sans ceinture

Ouverture

- | | | | |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> Fermeture à glissière | GAUCHE | DROITE | MILIEU DEVANT* |
| <input type="checkbox"/> Auto-agrippant | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Sans ouverture | | | |

* Seulement pour femme Longueur: cm

Options

- Doublure de propreté (tissu doux)
 Association avec bas-cuisse**
 ** Seulement pour hémi-collant ou panty

Finitions générales

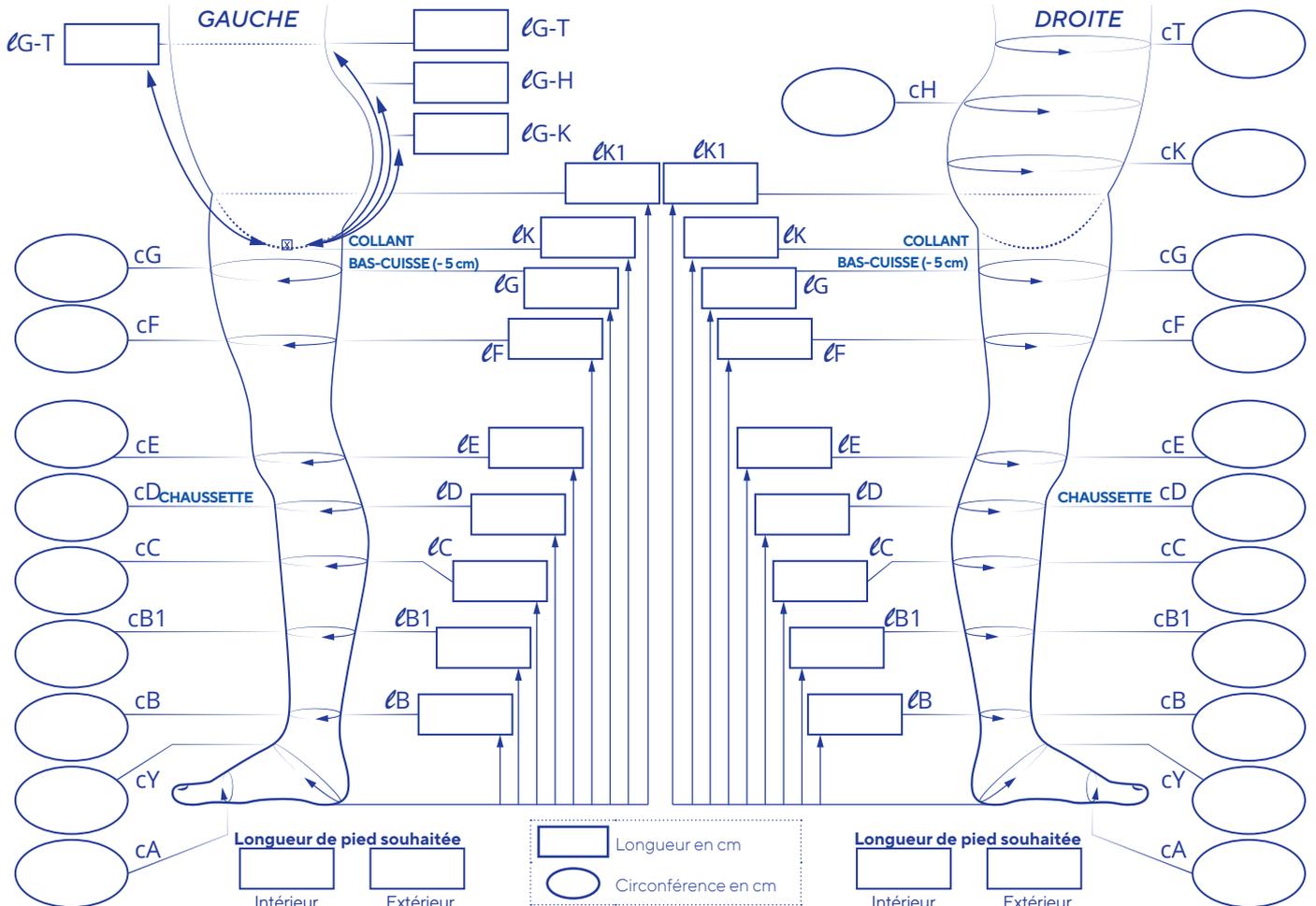
- Pied**
- | | | |
|--|--------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> Ouvert | GAUCHE | DROIT |
| <input type="checkbox"/> Fermé | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Avec doigts de pied | | |
- (Remplir le formulaire pied)

Option pelote de compression

- | | | |
|--------------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> Cou-de-pied | GAUCHE | DROITE |
| | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
- Dimensions (ℓ x h):
- | | | |
|---|--------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> Malléole interne | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Malléole externe | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Commentaires

Seules les données strictement nécessaires à la fabrication du dispositif sur-mesure patient doivent être renseignées.



Thuasne Service sur-mesure : 3 rue du Vercors - 42031 Saint-Étienne cedex 2
Tél. 04 77 81 11 16 - Fax 04 77 81 10 05 - sur-mesure@thuasne.fr - www.thuasne.fr

Thuasne SAS - SIREN/RCS Nanterre 542 091 186 - capital 1 950 000 euros