



THUASNE®

CICATREX SUR-MESURE PATIENT



TORSE n°1a

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

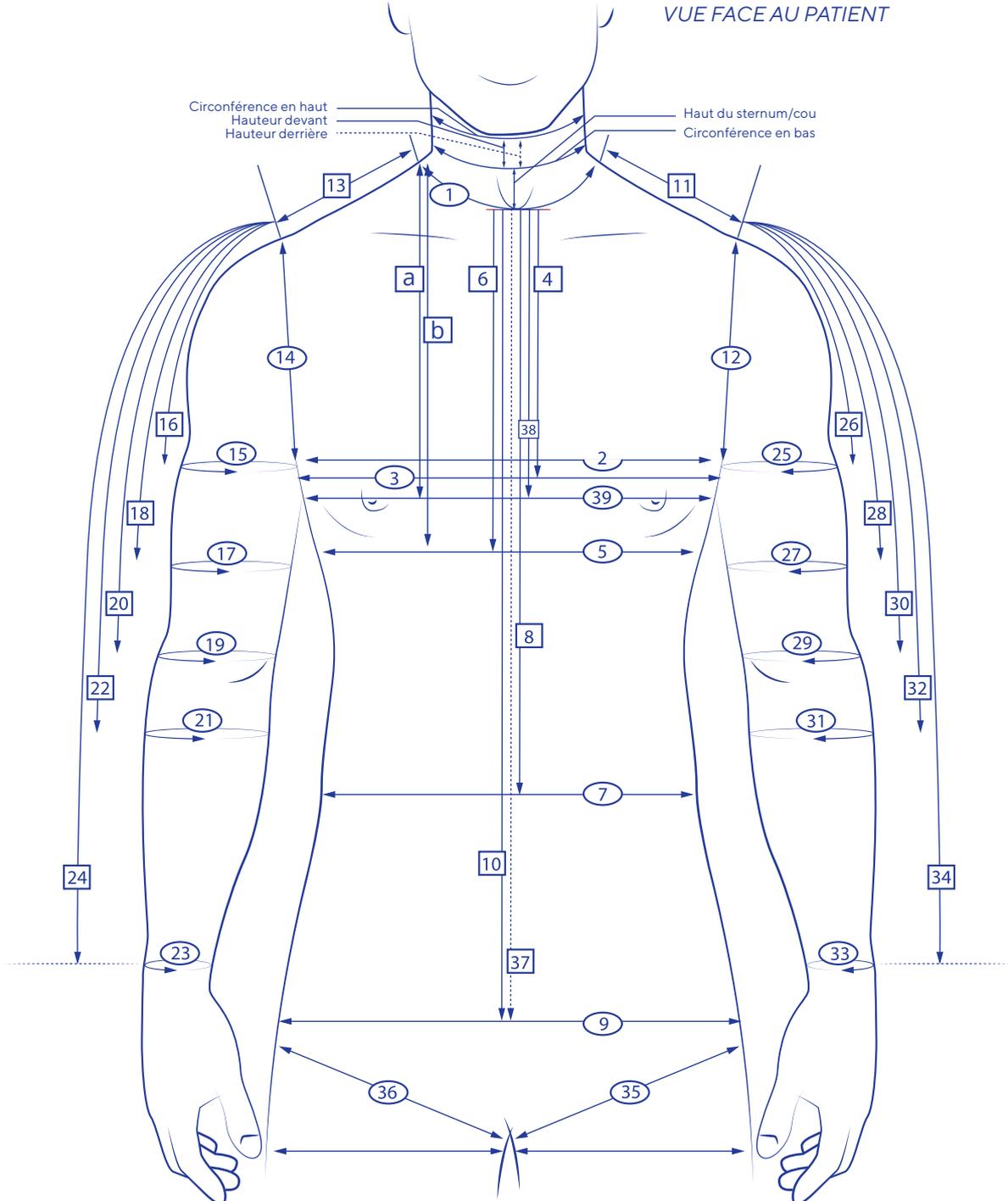
IDENTIFICATION
DU DÉTAILLANT

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.
Merci de remplir également la fiche torse n° 1b.

Dispositif de compression sur-mesure patient.

VUE FACE AU PATIENT



○ Circonférence en cm □ Longueur en cm ◡ Demi-circonférence en cm

35 et 36 : Uniquement pour le body
Prise de mesure en biais pour un body culotte
Prise de mesure droite pour un body short

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