



LYMPHATREX Expert  
COUVRE-ORTEILS  
TRICOTAGE RECTILIGNE

☐ COMMANDE (par défaut) ☐ DEVIS ☐ RENOUELEMENT

Client code

Dossier n° renouvellement

☐ 1<sup>er</sup> 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. Disponible avec orteils ouverts uniquement.

Dispositif de compression sur-mesure patient.

Modèle

- ☐ Couvre-orteils  
☐ Attenant à chaussette/bas-cuisse/hémi-collant/collant

(Remplir la fiche de mesure jambe. La classe de compression du couvre-orteils est indépendante de celle de la jambe.)

Compression

- ☐ Classe 2 (15-20 mmHg)  
☐ Classe 3 (20-36 mmHg)

GAUCHE DROITE

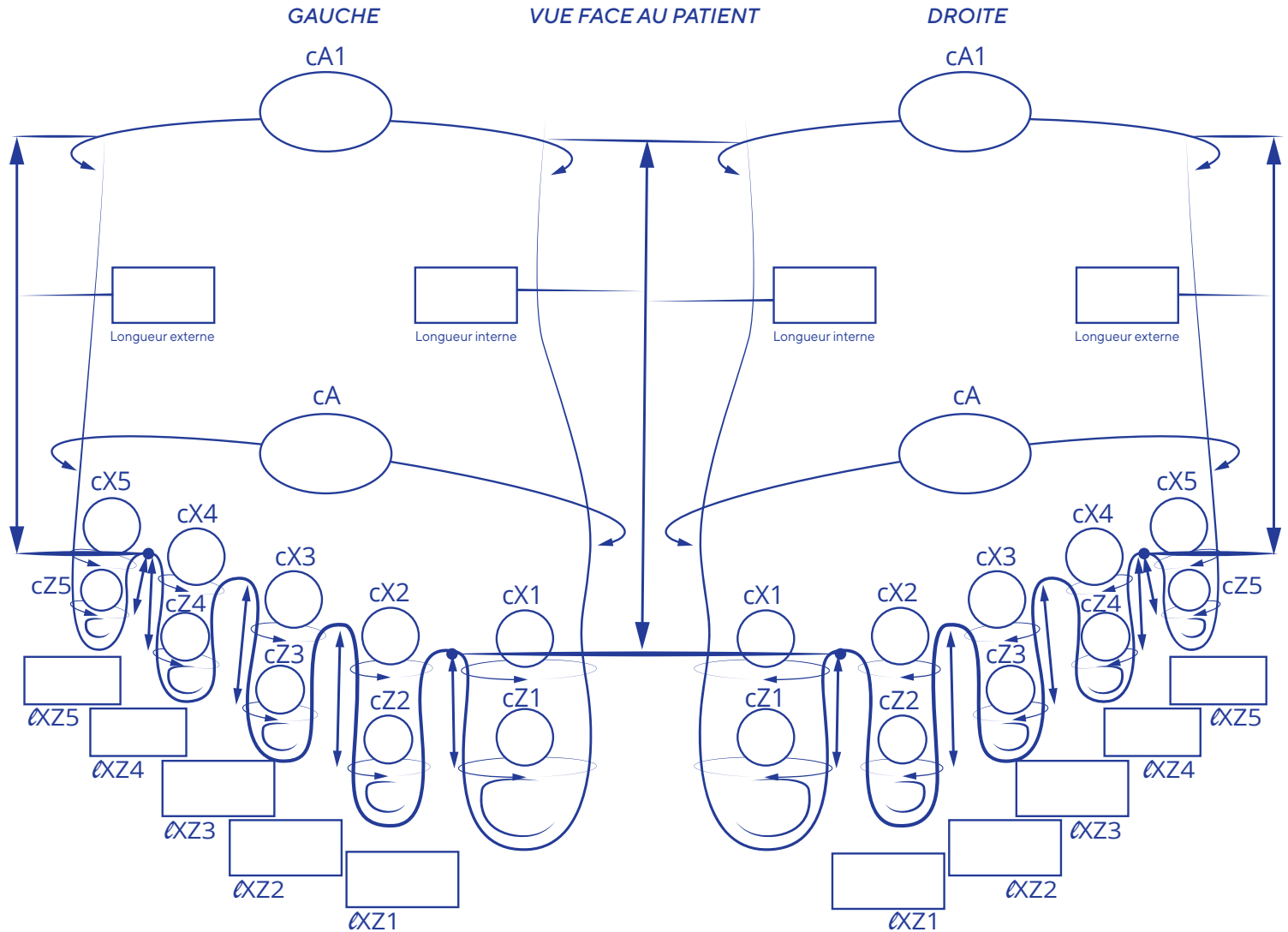
☐ ☐  
☐ ☐

Coloris

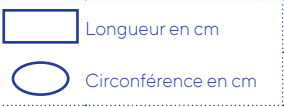
- ☐ Beige clair  
☐ Beige bronzant  
☐ Noir

Commentaires

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



Préciser la longueur des orteils souhaitée (et non totale)  
(Minimum 2 cm pour les orteils 1 à 4 et 0 cm pour l'orteil 5)



Préciser la longueur des orteils souhaitée (et non totale)  
(Minimum 2 cm pour les orteils 1 à 4 et 0 cm pour l'orteil 5)