



CICATREX SUR-MESURE PATIENT



TÊTE n°6

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.

Dispositif de compression sur-mesure patient.

Modèle

- Cagoule
- Mentonnière

Tissu

- | | | | |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| | BLANC | BEIGE | NOIR |
| <input type="checkbox"/> Cicatrex Nature | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Cicatrex Skin | - | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Options (cagoule)

- | | | |
|---|--------------------------------|----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Visage | LIBRE <input type="checkbox"/> | COUVERT <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Dos du nez | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Oreille droite | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Oreille gauche | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Options

- Pelote de compression AMOVIBLE FIXE

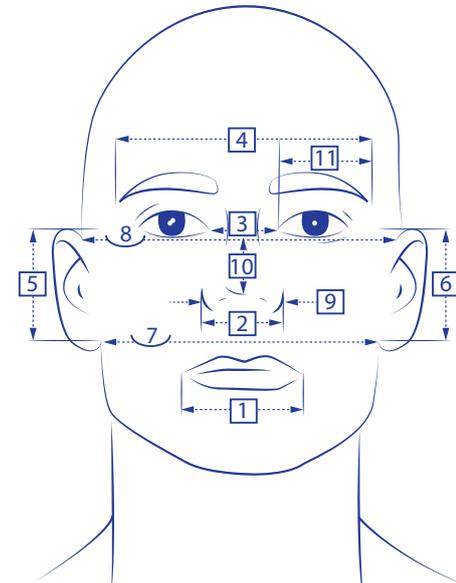
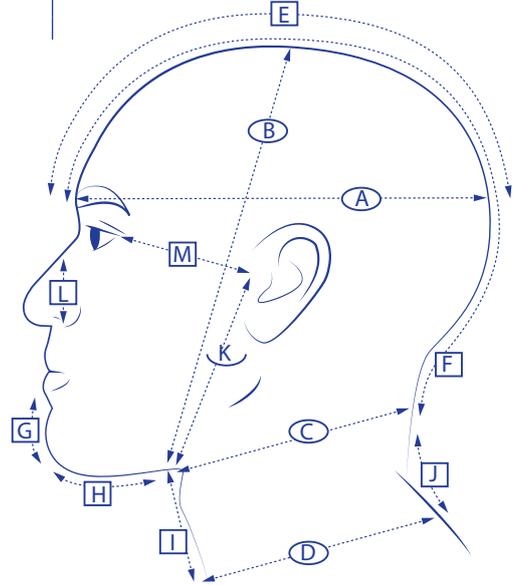
Dimensions (ℓ x h) : cm

Position : à dessiner

Commentaires

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

A	Tour de tête horizontal	
B	Tour de tête vertical	
C	Tour de cou en haut	
D	Tour de cou en bas - extrémité du bandage	
E	Os nasal/protubérance occipitale	
F	Os nasal/tour de cou en haut	
G	Lèvre inférieure - pointe du menton	
H	Pointe du menton - base supérieure du cou	
I	Hauteur du cou devant	
J	Hauteur du cou derrière	
K	Conduit auditif - conduit auditif sous le menton	
L	Mesure latérale de la longueur du nez	
M	Distance canthus externe - conduit auditif	
1	Largeur de la bouche	
2	Largeur du nez	
3	Écartement des yeux, intérieur	
4	Écartement des yeux, extérieur	
5	Longueur de l'oreille droite	
6	Longueur de l'oreille gauche	
7	Bas de l'oreille : bas de l'oreille - dessus de la lèvre supérieure	
8	Haut de l'oreille : haut de l'oreille - dessus du sommet du nez	
9	Aile du nez : aile du nez - au-dessus de l'os nasal	
10	Longueur du nez	
11	Largeur de l'œil	



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