



CICATREX SUR-MESURE PATIENT



JAMBES n°4a

☐ 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.

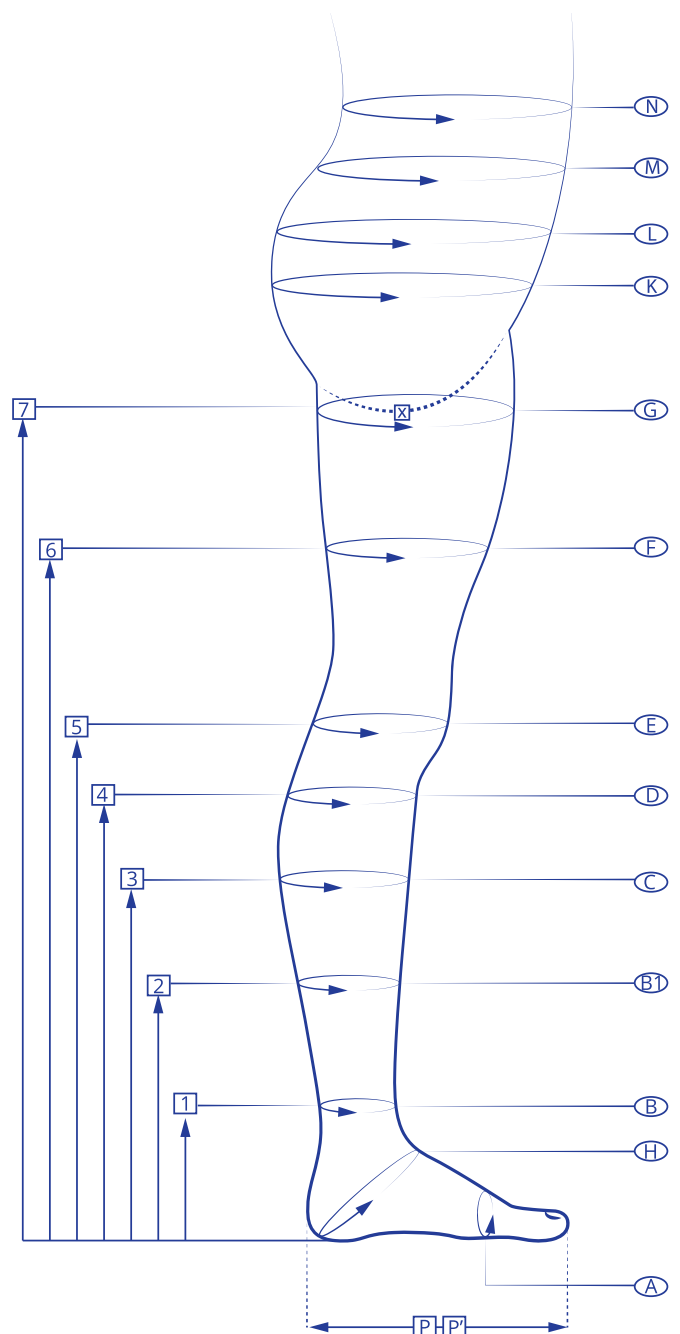
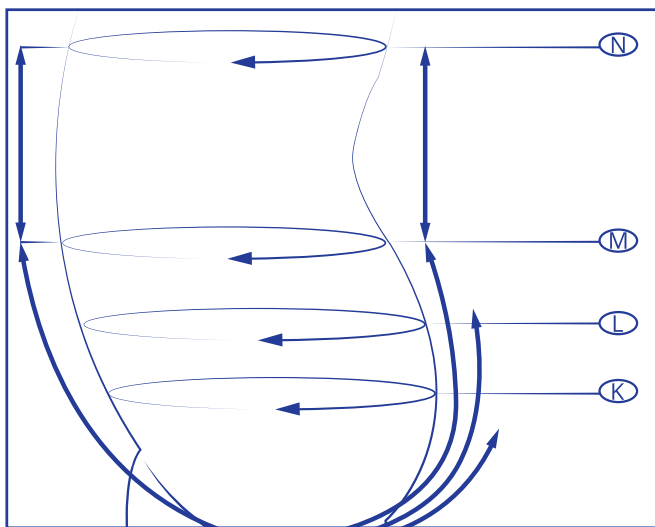
SIGNATURE
DU PATIENT

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 n° 4b.

Dispositif de compression sur-mesure patient.



☐ Circonférence en cm ☐ Longueur en cm ☒ Entrejambe