



**THUASNE**

# LYMPHATREX Expert

## COUVRE-ORTEILS

### TRICOTAGE RECTILIGNE

**COMMANDE** (par défaut)  **DEVIS**  **RENOUVELLEMENT**

Client  
code

Dossier n°  
renouvellement

1<sup>er</sup> traitement

Date : ..... Quantité : .....

IDENTIFICATION  
DU DÉTAILLANT

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

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.

#### 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.)

GAUCHE DROITE

#### Coloris

- Beige clair
- Beige bronzant
- Noir

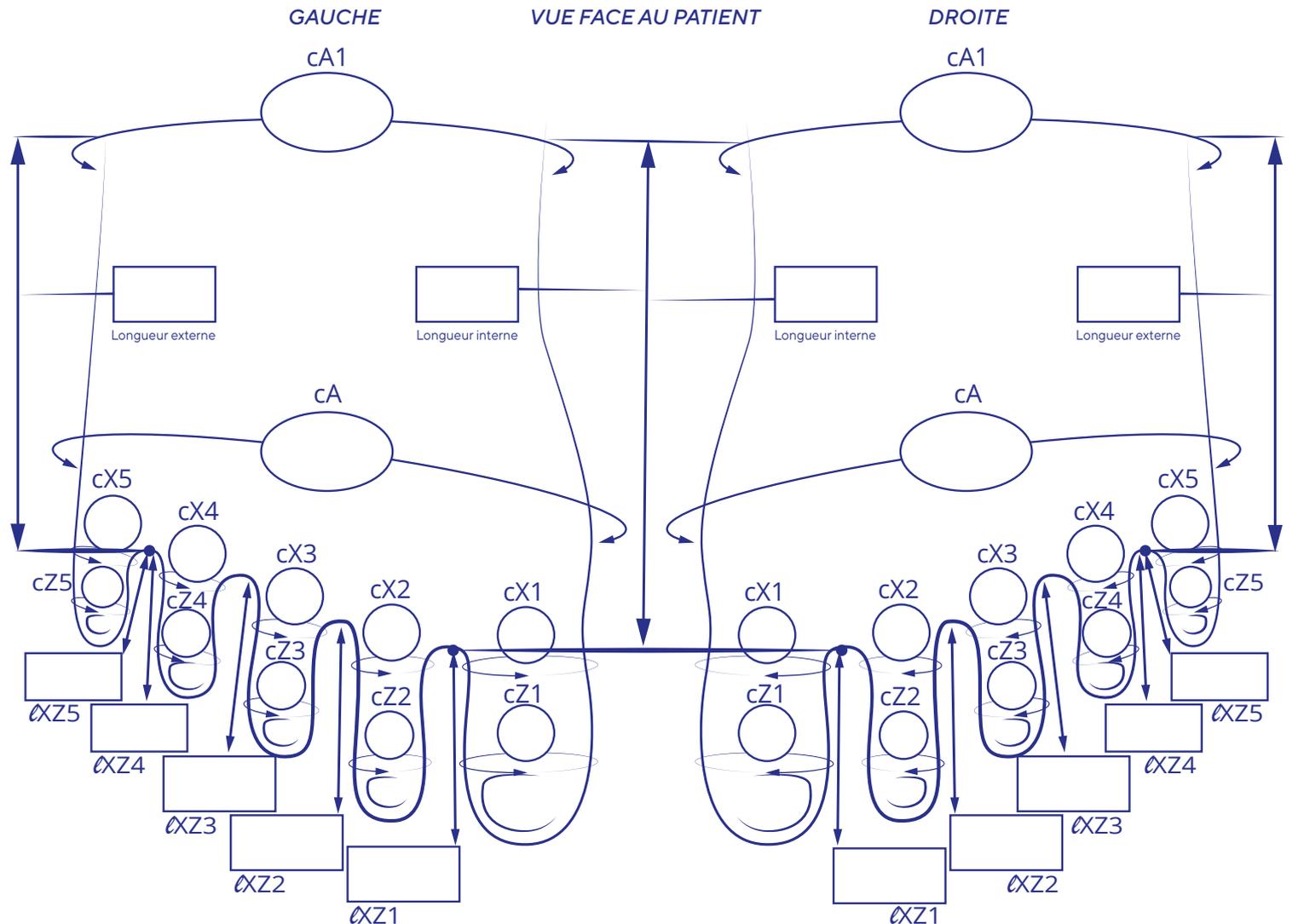
#### Commentaires

.....  
.....  
.....

#### Compression

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

GAUCHE DROITE



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)