



# LYMPHATREX Expert



## MANCHON - 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.

Dispositif de compression sur-mesure patient.

BRAS DROIT  BRAS GAUCHE

(Remplir une fiche par côté)

### Modèle

- Manchon simple
- Manchon avec main attenante\*

\* Si association avec main, remplir la fiche main correspondante

### Compression

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

### Coloris

- Beige clair
- Beige bronzant
- Noir

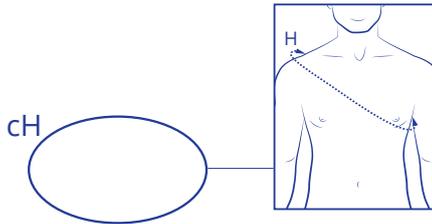
### Finitions

- Haut en biais
- Élastique 3 cm (tresse simple)
- Antiglisse picots silicone 3 cm
- Attache-épaule (indiquer la mesure ℓGH)
- Couvre-épaule (indiquer les mesures ℓGH + H)

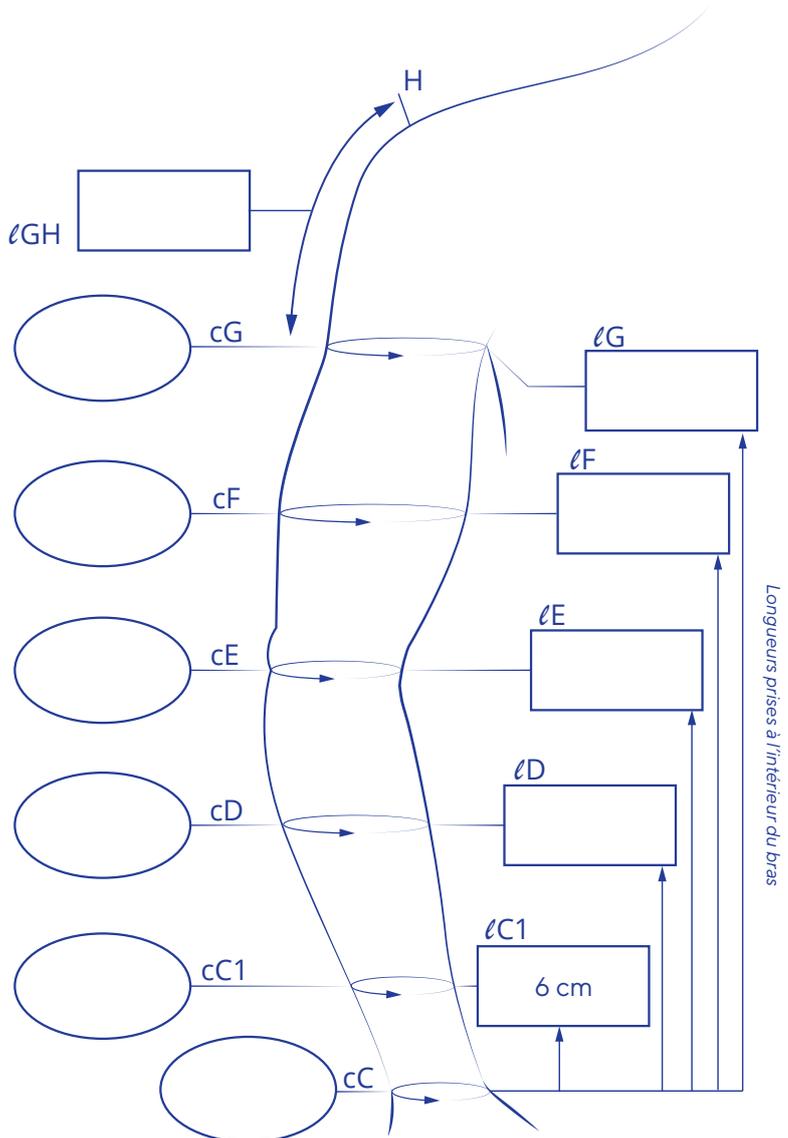
### Commentaires

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

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



VUE FACE AU PATIENT



Circonférence en cm  Longueur en cm