



THUASNE®

MOBIDERM® SUR-MESURE PATIENT



MANCHONS

COMMANDE (par défaut) DEVIS RENOUELEMENT

Client
code

Dossier n°
renouvellement

1^{er} 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

2302097-03 (2024-11)

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.

Vêtements mobilisateurs pour les œdèmes.

BRAS DROIT BRAS GAUCHE

Remplir une fiche par côté

Modèle

- Manchon simple (gros plots uniquement)
- Manchon avec mitaine avec pouce (bras gros plots et main petits plots)
- Manchon avec mitaine sans pouce (bras gros plots et main petits plots)

Finitions

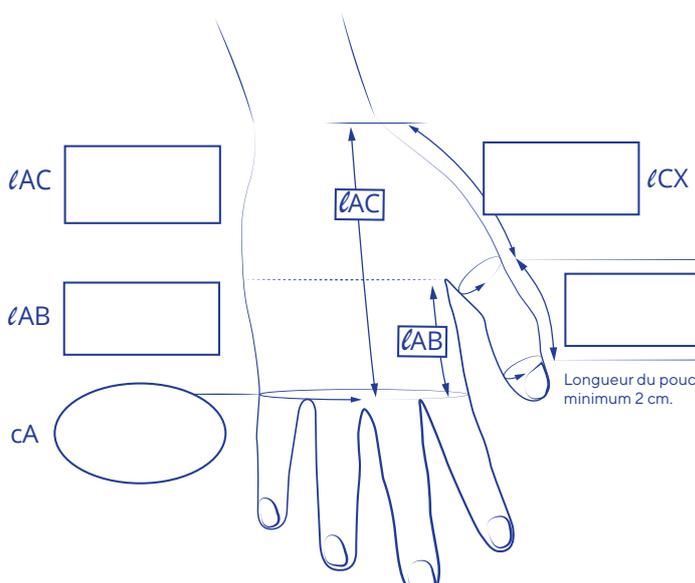
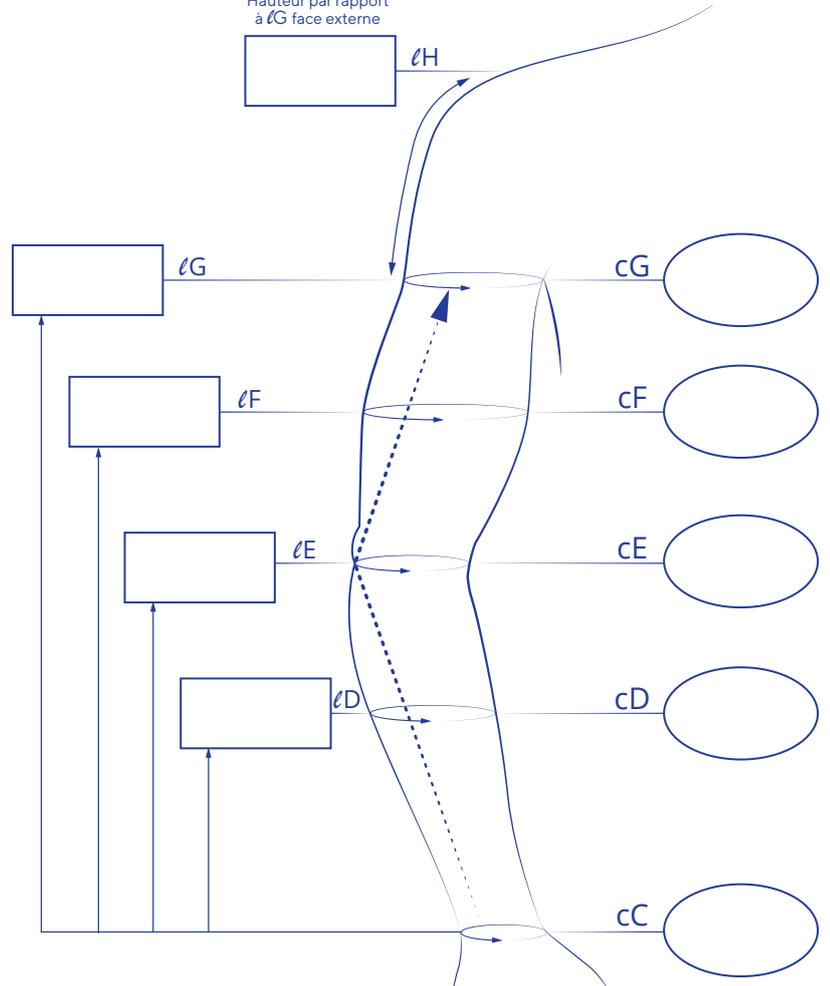
- Antiglisse picots silicone 3 cm
- Auto-agrippant uniquement 1/3 de la hauteur
- Finition proximale biais, (ℓH)

Commentaires

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

VUE FACE AU PATIENT

Cas particulier :
finition en hauteur en biais
Hauteur par rapport
à ℓG face externe



*cX : mesure obligatoire même pour mitaine sans pouce.

Positionnement du mètre pour la mesure des hauteurs

Longueur en cm

Circonférence en cm