

MEDICAL



Nom et adresse du prescripteur :

Nom et prénom du patient :

Nom de l'assuré :

Adresse :

N° S.S.

Né(e) le

Sexe

Date de commande

Mesures prises par

PIED

CHAUSSETTE
Mesures supplémentaires

Circonférences

Circonférences

- 1 Niveau naissance gros orteil D G
- 2 Niveau tarse/métatarse D G
- 3 Niveau voûte plantaire D G
- 4 A la pointe du talon D G
- 5 De la cheville D G
- 6 Niveau bord supérieur du pied D G

- 7 Sous le mollet D G
- 8 Niveau mollet D G
- 9 Sous le genou D G

Longueurs

Longueurs

- 10 Longueur chausse D G
- 11 Hauteur tige du pied/ Chaussette D G

- 11bis De la cheville /sous mollet chaussette D G
- 12 Sous mollet bord supérieur chaussette D G

Coloris

- Noir
- Chair
- Bleu

- Tissu Coolmax®
- Tissu Standard

- | | |
|---------------------------------|---------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Droite | <input type="checkbox"/> Gauche |
| <input type="checkbox"/> Fermé | <input type="checkbox"/> Fermé |
| <input type="checkbox"/> Ouvert | <input type="checkbox"/> Ouvert |

