



Nom et prénom du patient :

Nom de l'assuré :

Adresse :

Date de commande

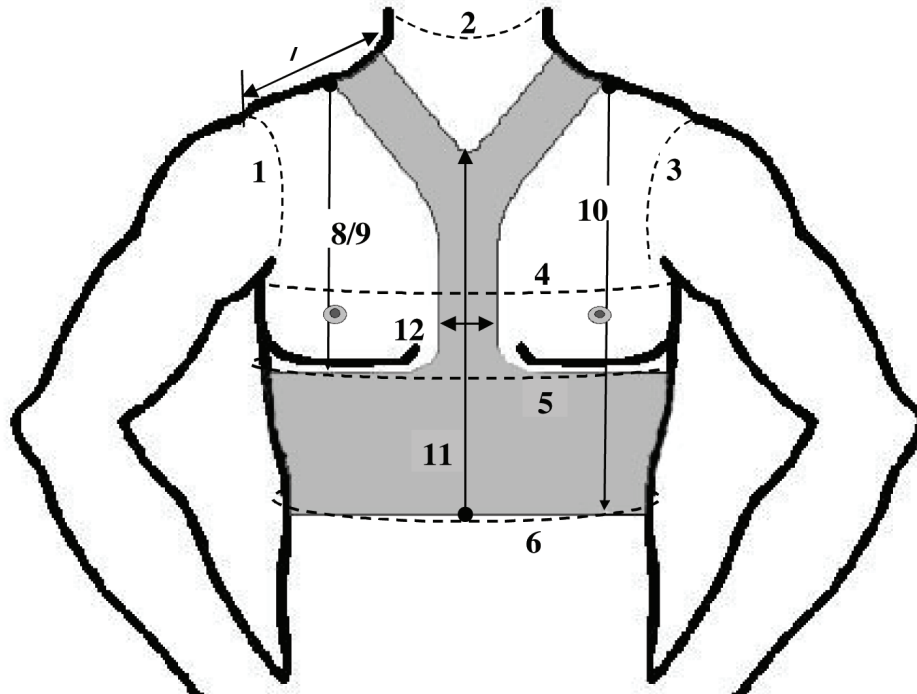
N° S.S.

Né(e) le

Sexe

Mesure prises par :

Nom et adresse du prescripteur :



Observations : .....

.....

.....

.....

**CONFORMATEUR STERNAL**

**CIRCONFÉRENCES**

- 1 - Circonférence aisselle droite
- 2 - Circonférence du cou
- 3 - Circonférence aisselle gauche
- 4 - Tour de poitrine
- 5 - Circonférence juste sous les seins
- 6 - Circonférence bord inférieur du conformateur

**HAUTEURS**

- 7 - Largeur d'épaule
- 8 - De l'épaule jusque sous le sein droit
- 9 - De l'épaule jusque sou le sein gauche
- 10 - De l'épaule au bord inférieur du conformateur
- 11 - Du bord inférieur à l'encollure (hauteur désirée)
- 12 - Largeur désirée

**Tissus**

- Standard
- Coolmax®
- Fresh Fabrics®

**Coloris**

- Noir
- Chair
- Bleu
- Rose (sauf Standard)

**Coutures**

- Noir
- Chair
- Bleu
- Rose
- Blanc

Sauf indication contraire,  
 le coloris rose sera confectionné en coutures blanches.