



Nom et prénom du patient :

Nom de l'assuré :

Adresse :

Date de commande

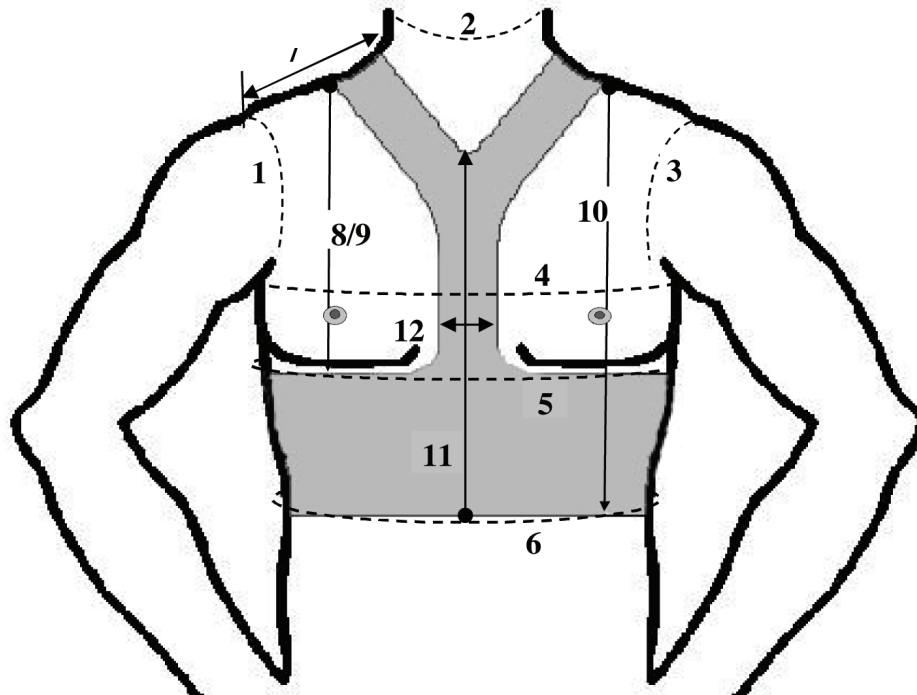
N° S.S.

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	Coloris	Coutures
<input type="checkbox"/> Standard	<input type="checkbox"/> Noir	<input type="checkbox"/> Noir
<input type="checkbox"/> Coolmax®	<input type="checkbox"/> Chair	<input type="checkbox"/> Chair
<input type="checkbox"/> Fresh Fabrics®	<input type="checkbox"/> Bleu	<input type="checkbox"/> Bleu
	<input type="checkbox"/> Rose (Fresh fabrics® uniquement)	<input type="checkbox"/> Rose
		<input type="checkbox"/> Blanc

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