



Nom et adresse du prescripteur :

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

Nom et prénom du patient :

Sexe :

Mesures prises par :

Date de commande :

.....

.....

.....

.....

**CONFECTION SUR MESURE**

Mesures :

Pre-op   
 Post-op

Coloris :

Noir   
 Blanc

Taille de soutien-gorge avec bonnet :

.....

Référence Médical Z pour modèle :

**EC/042**

Date de l'opération :

.....

Taille patient :

.....

Circonférences (en cm)

0 de l'épaule

D  G

1 sous les aisselles

2 du biceps

D  G

3 sous les seins

4 du coude

D  G

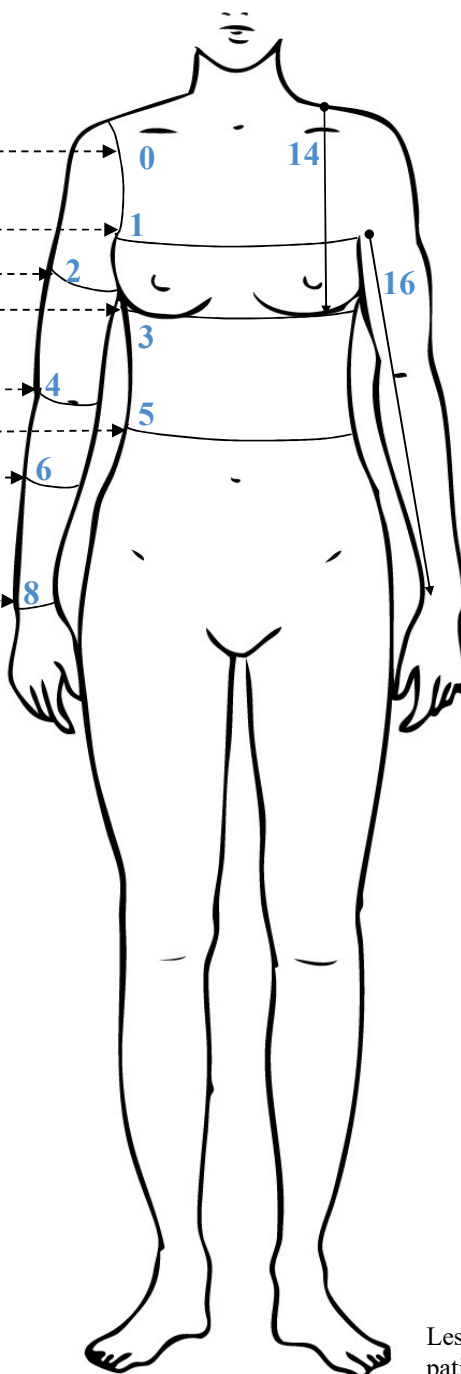
5 de la taille au plus fin

6 de l'avant-bras

D  G

8 du poignet

D  G



Hauteurs (en cm)

14 de l'épaule au pli sous-mammaire

16 de l'aisselle au poignet

Les hauteurs sont absolument nécessaires si la patiente mesure moins d' 1,60 m ou plus d'1,70 m. Entre 1,60 m et 1,70 m, les hauteurs standards seront appliquées.

**EC/042**