



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

Mesure prises par :

PIED

CHAUSSETTE

Mesures supplémentaires

Circonférences

- | | | |
|---------------------------------|------------------------|------------------------|
| 1 Niveau naissance gros orteil | D <input type="text"/> | G <input type="text"/> |
| 2 Niveau tarse/métatarse | D <input type="text"/> | G <input type="text"/> |
| 3 Niveau voûte plantaire | D <input type="text"/> | G <input type="text"/> |
| 4 A la pointe du talon | D <input type="text"/> | G <input type="text"/> |
| 5 De la cheville | D <input type="text"/> | G <input type="text"/> |
| 6 Niveau bord supérieur du pied | D <input type="text"/> | G <input type="text"/> |

Longueurs

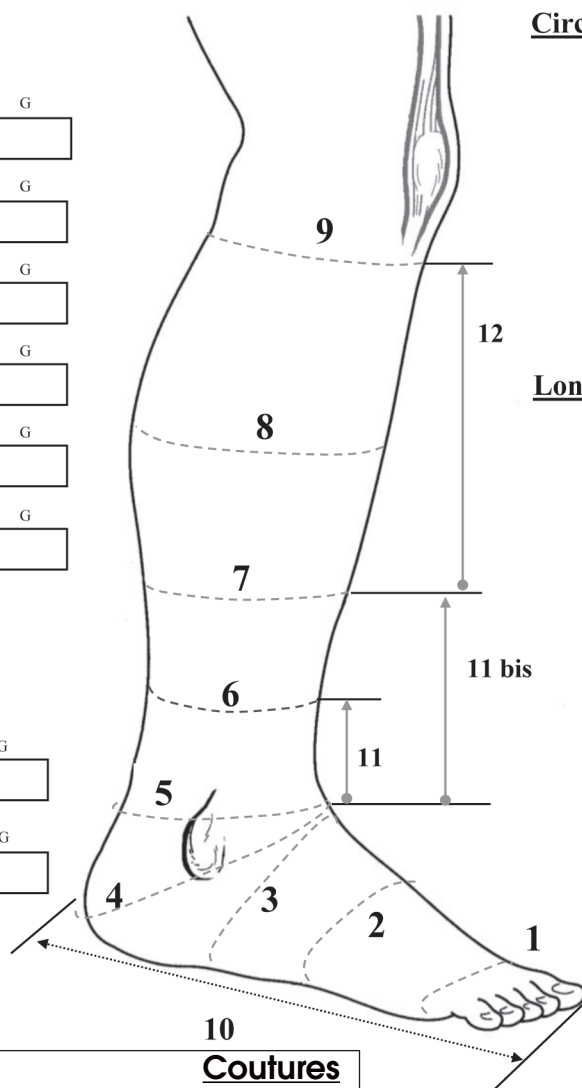
- | | | |
|-------------------------------------|------------------------|------------------------|
| 10 Longueur chausse | D <input type="text"/> | G <input type="text"/> |
| 11 Hauteur tige du pied/ Chaussette | D <input type="text"/> | G <input type="text"/> |

Circonférences

- | | | | |
|----------------|------------------------|------------------------|---|
| Sous le mollet | D <input type="text"/> | G <input type="text"/> | 7 |
| Niveau mollet | D <input type="text"/> | G <input type="text"/> | 8 |
| Sous le genou | D <input type="text"/> | G <input type="text"/> | 9 |

Longueurs

- | | | | |
|---|------------------------|------------------------|--|
| 11 bis | D <input type="text"/> | G <input type="text"/> | |
| De la cheville /sous mollet chaussette | | | |
| 12 | D <input type="text"/> | G <input type="text"/> | |
| Sous mollet / bord supérieur chaussette | | | |



Tissus

- ☐ Standard
☐ Coolmax®
☐ Fresh Fabrics®

Coloris

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

Coutures

- ☐ Noir
☐ Chair
☐ Bleu
☐ Rose
☐ Blanc

- ☐ Droite
☐ Fermé
☐ Ouvert

- ☐ Gauche
☐ Fermé
☐ Ouvert

☐ BRÛLÉ

☐ SYNDROME D'EHLERS-DANLOS (SED)

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