



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 :

☐ BRÛLÉ

☐ SYNDROME D'EHLE-SDANLOS (SED)

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.

JAMBE

JAMBE GAUCHE

Au-dessus du genou

Longueur

Circonférence

1
2
3

A
B
C

Circonférence

GENOU GAUCHE

JAMBE GAUCHE

Sous le genou

Longueur

Circonférence

4
5
6
7

D
E
F
G

JAMBE DROIT

Au-dessus du genou

Longueur

Circonférence

1
2
3

A
B
C

Circonférence

GENOU DROIT

JAMBE DROIT

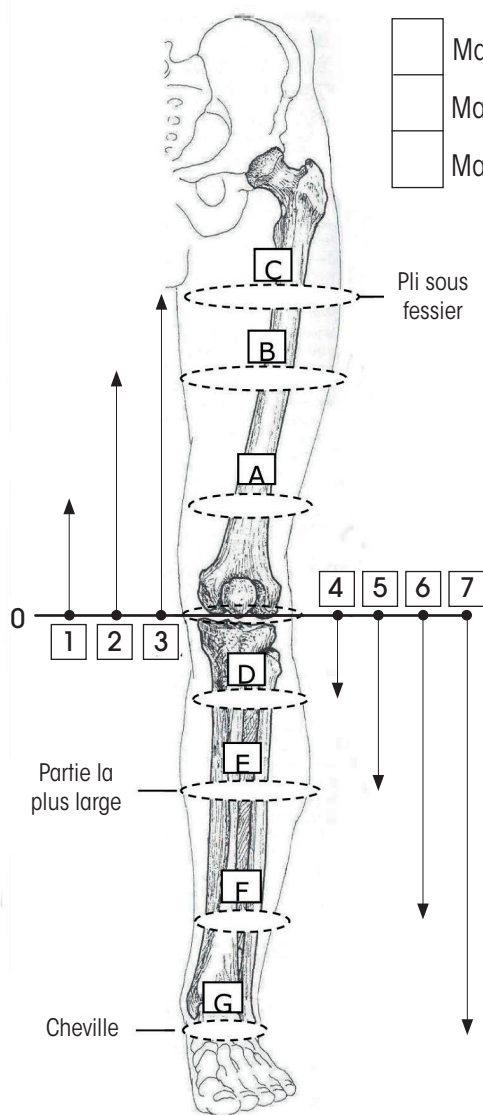
Sous le genou

Longueur

Circonférence

4
5
6
7

D
E
F
G



VUE DE FACE

Jambe gauche