



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'EHLERS-DANLOS (SED)

**Tissus**

- ☐ Standard  
☐ Coolmax®  
☐ Fresh Fabrics®

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

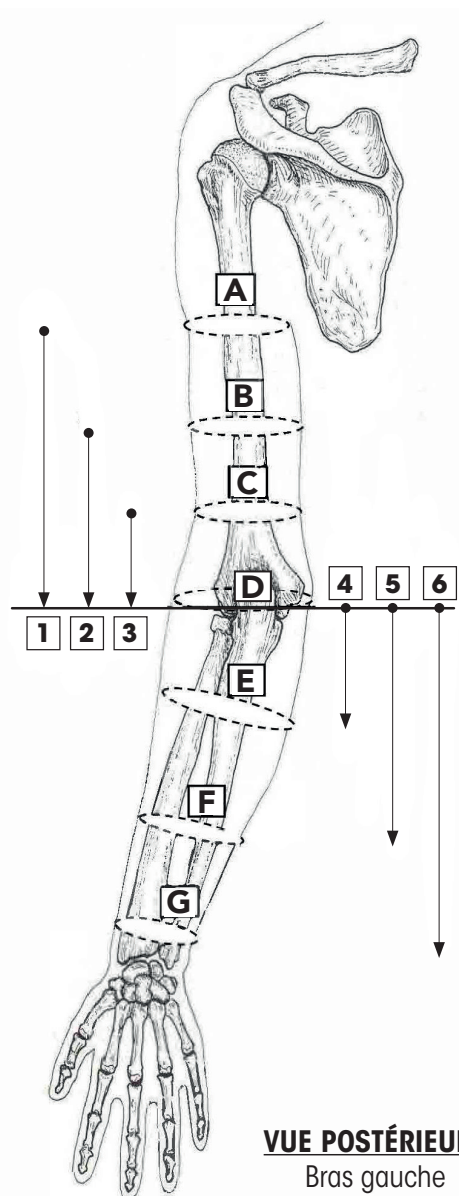
**Coloris**

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

**Coutures**

- ☐ Noir  
☐ Chair  
☐ Bleu  
☐ Rose  
☐ Blanc

**MANCHON**



**BRAS GAUCHE**

Longueur

Circonférence

|   |  |   |  |
|---|--|---|--|
| 1 |  | A |  |
| 2 |  | B |  |
| 3 |  | C |  |

Circonférence

**D COUDE GAUCHE**

**BRAS GAUCHE**

Longueur

Circonférence

|   |  |   |  |
|---|--|---|--|
| 4 |  | E |  |
| 5 |  | F |  |
| 6 |  | G |  |

**BRAS DROIT**

Longueur

Circonférence

|   |  |   |  |
|---|--|---|--|
| 1 |  | A |  |
| 2 |  | B |  |
| 3 |  | C |  |

Circonférence

**D COUDE DROIT**

**BRAS DROIT**

Longueur

Circonférence

|   |  |   |  |
|---|--|---|--|
| 4 |  | E |  |
| 5 |  | F |  |
| 6 |  | G |  |