



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)

CAGOLE

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.

