



Nom et prénom du patient :

Nom de l'assuré :

Adresse :

Date de commande

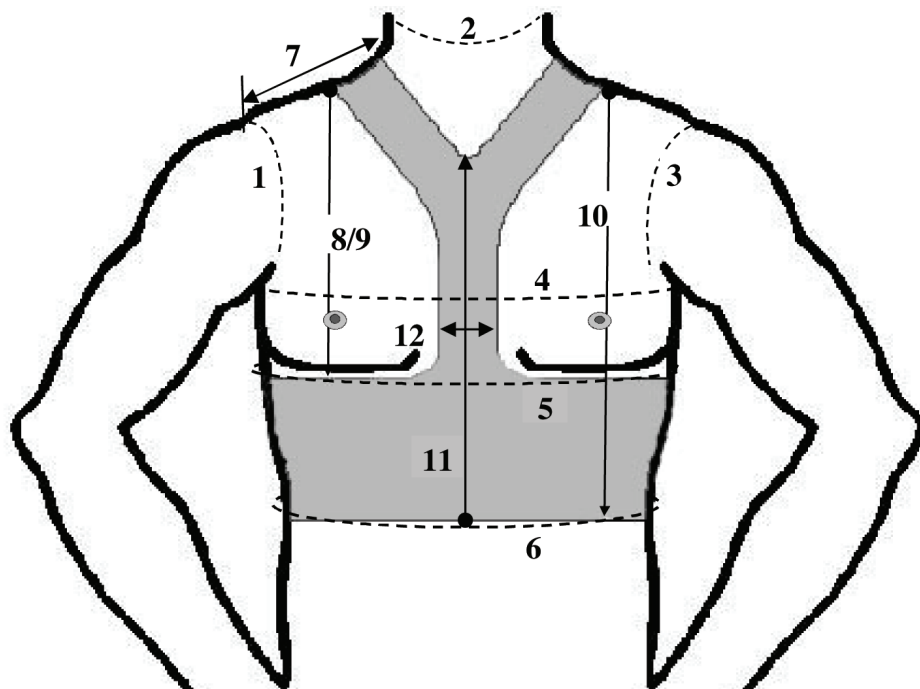
N° S.S.

Né(e) le

Sexe

Mesure prises par :

- ☐ BRÛLÉ
- ☐ SYNDROME D'EHLERS-DANLOS (SED)



Observations :

.....

.....

Nom et adresse du prescripteur :

CONFORMATEUR STERNAL

CIRCONFÉRENCES

- | | |
|--|--|
| 1 - Circonférence aisselle droite | |
| 2 - Circonférence du cou | |
| 3 - Circonférence aisselle gauche | |
| 4 - Tour de poitrine | |
| 5 - Circonférence juste sous les seins | |
| 6 - Circonférence bord inférieur du conformateur | |

HAUTEURS

- | | |
|--|--|
| 7 - Largeur d'épaule | |
| 8 - De l'épaule jusque sous le sein droit | |
| 9 - De l'épaule jusque sous le sein gauche | |
| 10 - De l'épaule au bord inférieur du conformateur | |
| 11 - Du bord inférieur à l'encollure (hauteur désirée) | |
| 12 - Largeur désirée | |

Tissus

- ☐ Standard
- ☐ Coolmax®
- ☐ Fresh Fabrics®

Coloris

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

Coutures

- ☐ Noir
- ☐ Chair
- ☐ Bleu
- ☐ Rose
- ☐ Blanc

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