

Entreprise ou centre :
 Orthoprothésiste :
 Nom du patient :
 Prénom du patient :
 Date de retour souhaitée :/...../.....



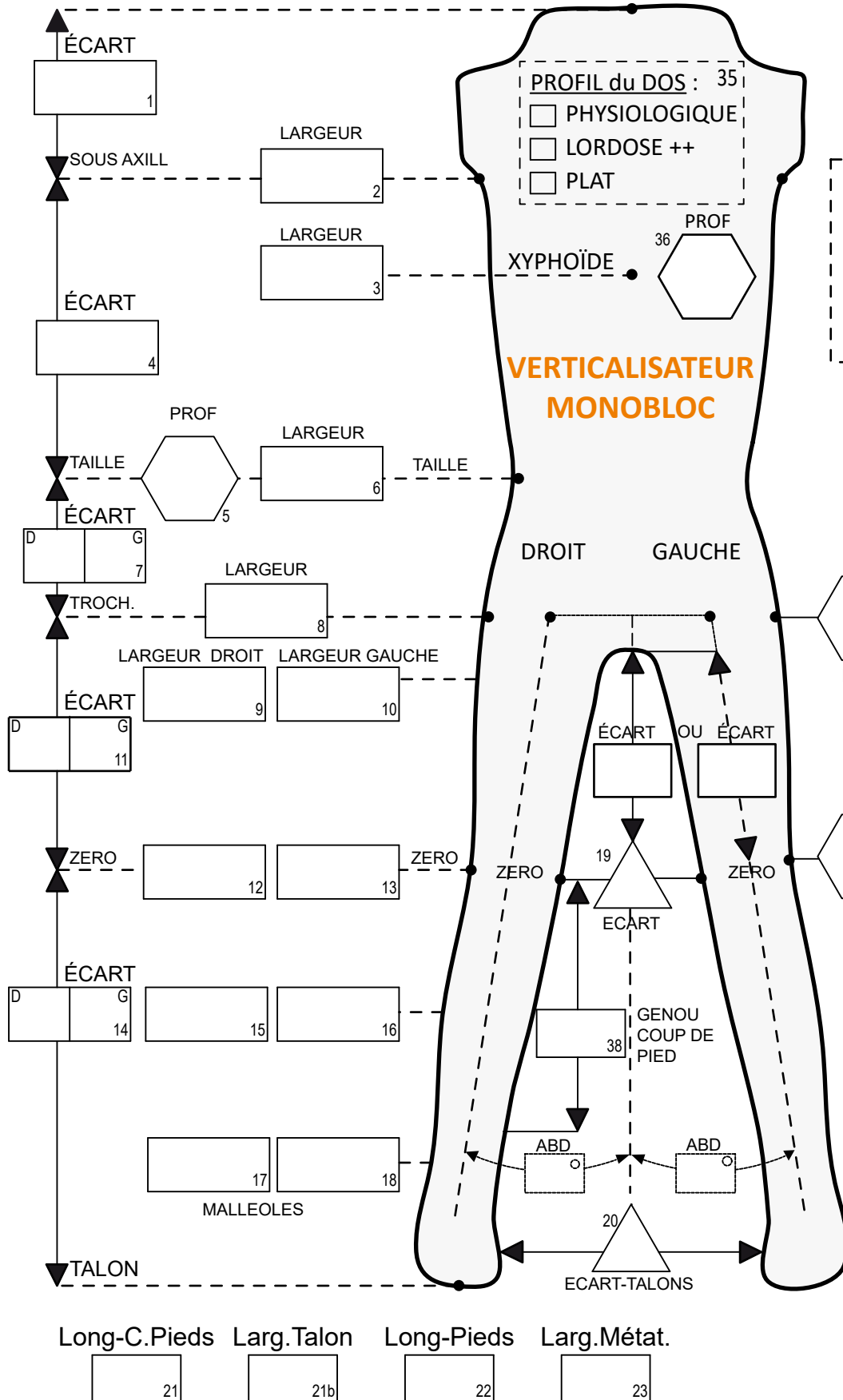
Tampon de l'entreprise ou centre :

Photos numériques jointes : OUI NON

INCLURE L'AISANCE DANS VOS MESURES

VM1 : hauteur max : 1080 cm
 abduction max : 580 cm
 VM2 : hauteur max : 1080 cm
 abduction max : 680 cm
 VM3 : hauteur max : 1580 cm
 abduction max : 780 cm
 VM4 : hauteur max : 1450 cm
 abduction max : 980 cm

Hauteur supérieure finition



PLASTIQUE : _____
 SUBLIMATION : _____
 CADRE : _____
 COULEURS : _____
 COULEURS : OUI NON

BORDS DROITS
 BORDS OUVERTS
 ORTHESE POSTERIEURE
 ORTHESE ANTERIEURE

Flexion-Hanche-G 31
 Flexion-Hanche-D 30
 Flexion-Genou G 29
 Flexion-Genou-D 28
 Angul-Pied-G 27
 Angul-Pied-D 26

DANS LE PLAN SAGITTAL

GENOU - G VALGUM 24
 VARUM
 PHYSIO

GENOU - D VALGUM 25
 VARUM
 PHYSIO