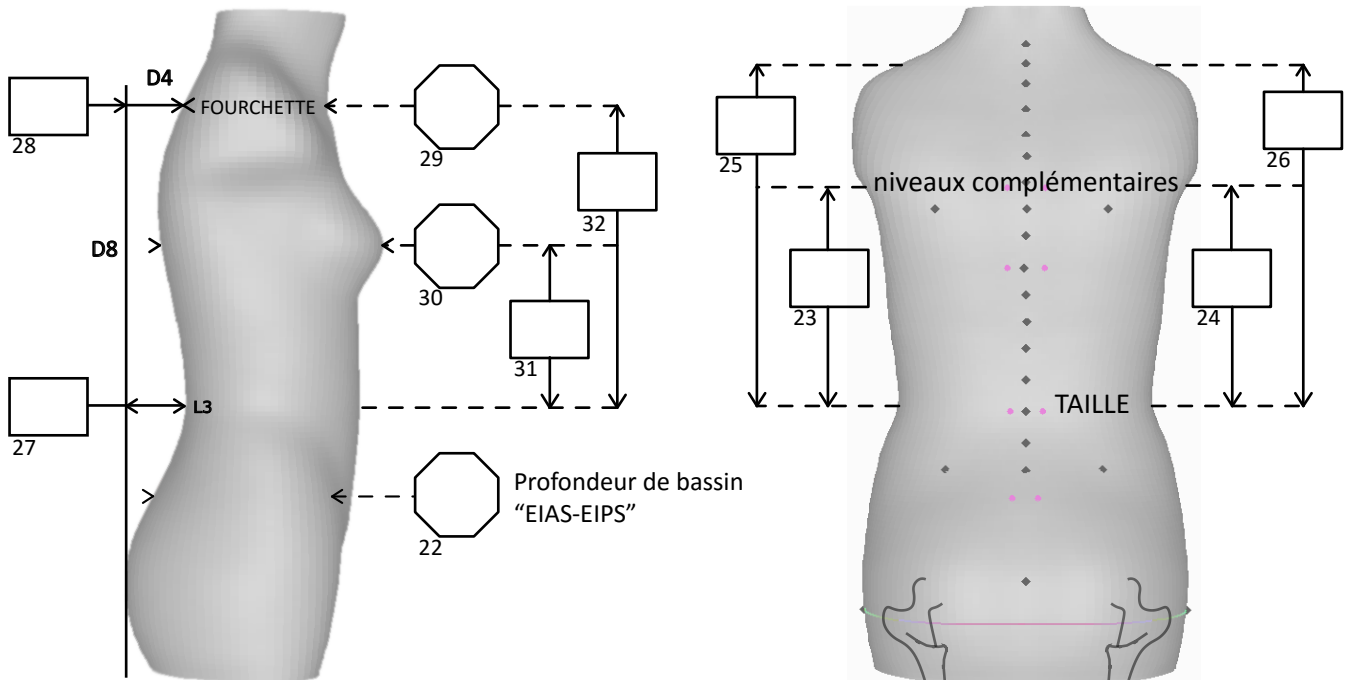
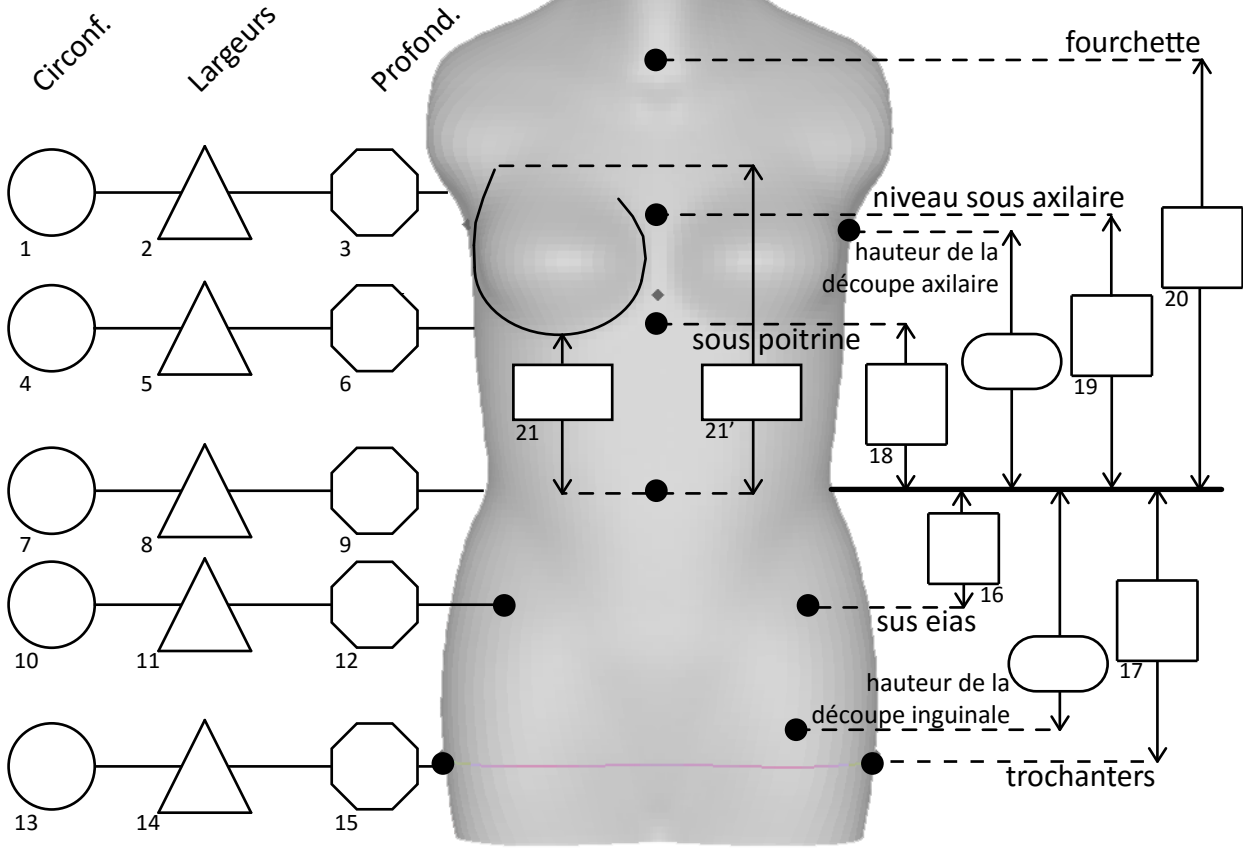


Entreprise ou centre :
 Orthoprothésiste :
 Nom du patient :
 Prénom du patient :
 Date de retour souhaitée :/...../.....



Tampon de l'entreprise ou centre :

Photos numériques jointes : OUI NON
 Découpes selon vos tracés : OUI NON



Age : <input type="text"/>	Sexe : <input type="radio"/> Masculin <input type="radio"/> Féminin	<input type="radio"/> TR 39 <input type="radio"/> TR 59 <input type="radio"/> TR 49 <input type="radio"/> TR 79	<input type="radio"/> Monovalve <input type="radio"/> Bi-valve	Mesures prises : <input type="radio"/> Couché <input type="radio"/> Debout	Profondeur de la lordose finale : <input type="text"/>
Rectifier en :	<input type="radio"/> Ventre plat <input type="radio"/> Ventre moyen <input type="radio"/> Gros ventre <input type="radio"/> Gros ventre tombant	<input type="radio"/> Poitrine faible <input type="radio"/> Poitrine moyenne <input type="radio"/> Poitrine forte <input type="radio"/> Poitrine tombante	<input type="radio"/> Fesses plates <input type="radio"/> Fesses moyennes <input type="radio"/> Fesses fortes	<input type="radio"/> Épaules droites <input type="radio"/> Épaules moyennes <input type="radio"/> Épaules tombantes	
<input type="radio"/> Délordose <input type="radio"/> Lordose physio <input type="radio"/> Hyper lordose					