

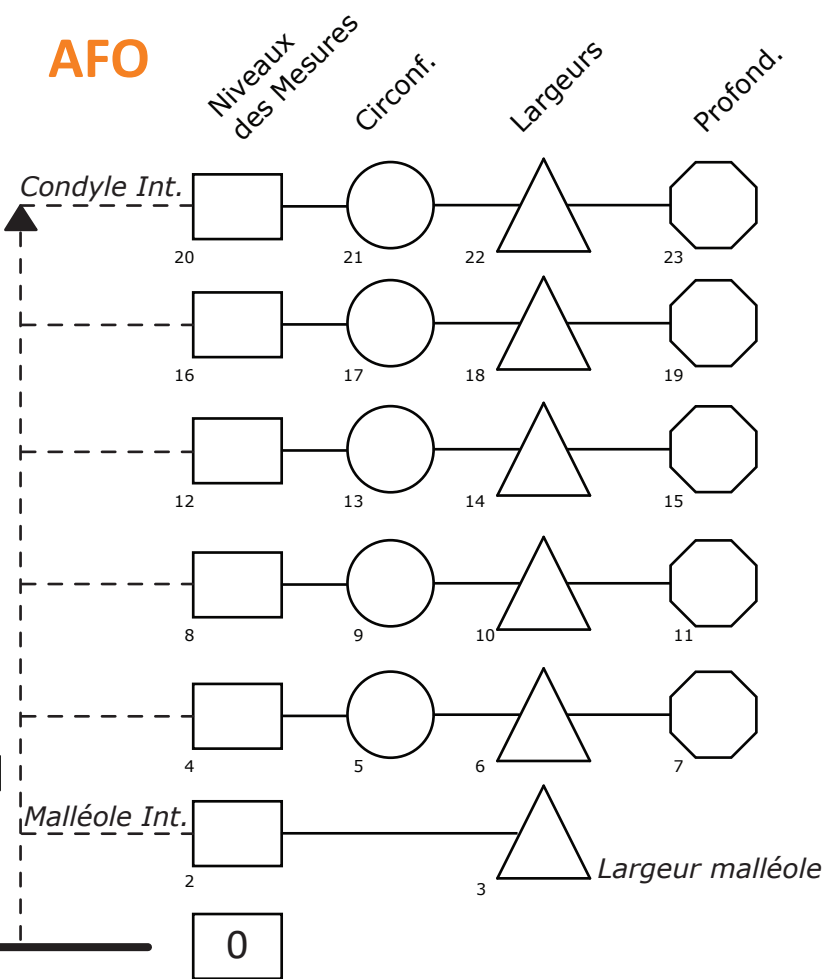
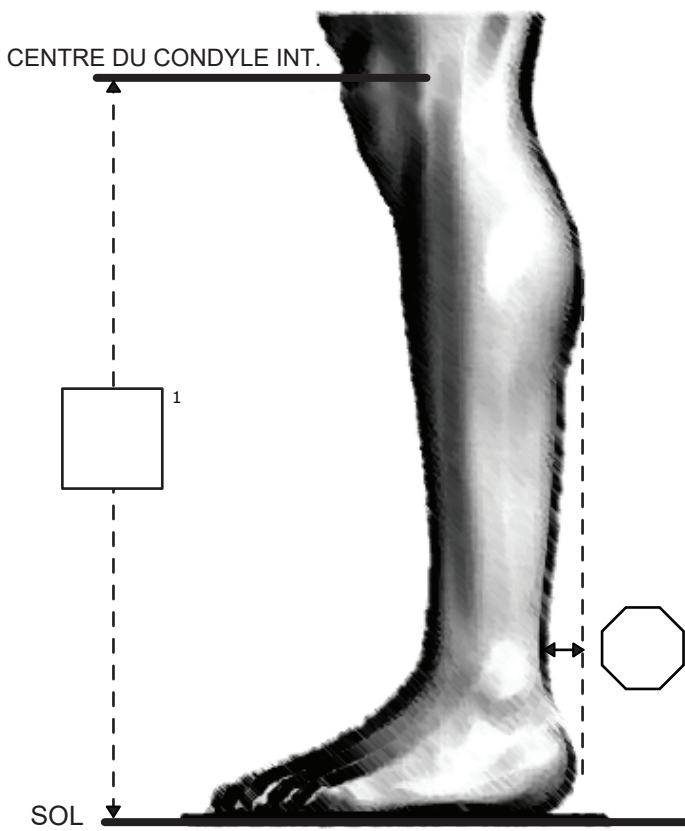
Entreprise ou centre :
 Orthoprothésiste :
 Nom du patient :
 Prénom du patient :
 Date de retour souhaitée :/...../.....



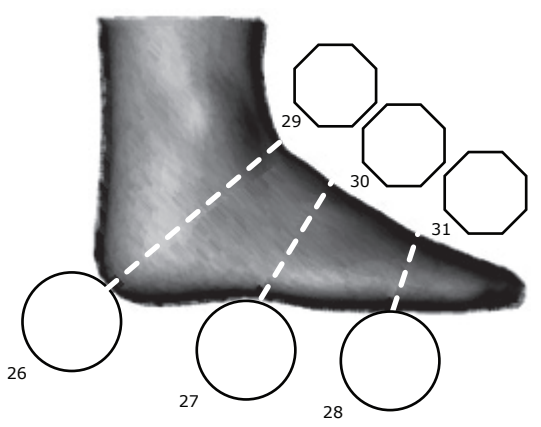
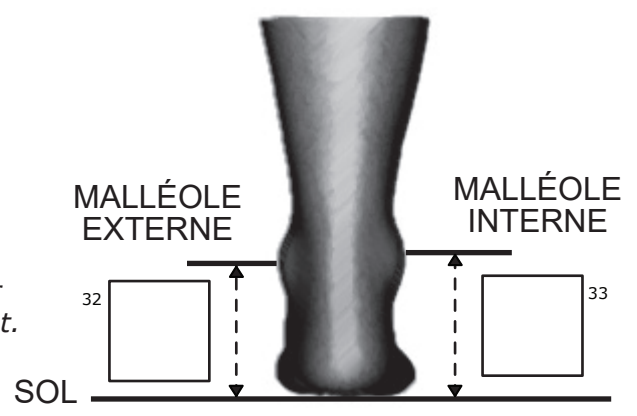
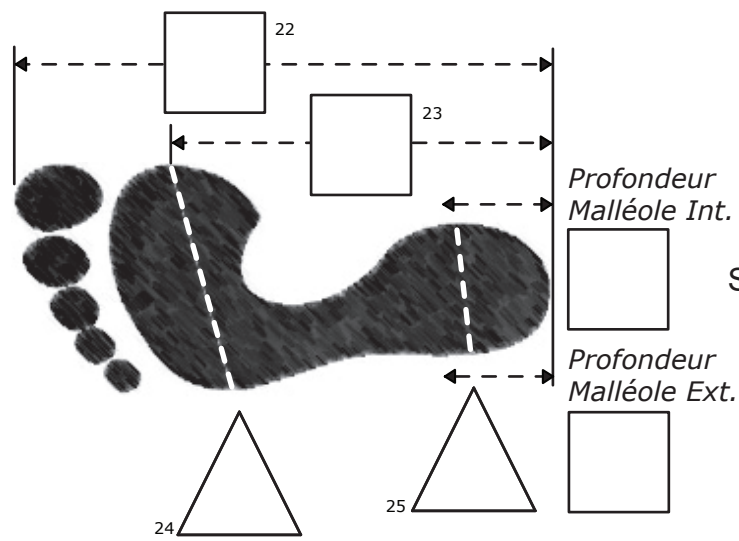
Tampon de l'entreprise ou centre :
 [Dashed box for stamp]

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

AFO



LONGUEURS ET LARGEURS DU PIED



Circonférences et profondeurs du pied

Age : <input type="text"/>	Sexe : <input type="checkbox"/> Masculin <input type="checkbox"/> Féminin	<input type="checkbox"/> GAUCHE <input type="checkbox"/> DROIT <input type="checkbox"/> PAIRE (G et D)	<input type="checkbox"/> FORMES IDENTIQUES <input type="checkbox"/> MESURES IDENTIQUES
<input type="checkbox"/> OI AVEC PIED COMPLET	<input type="checkbox"/> VALGUM :°	<input type="checkbox"/> OI AVEC TALON	<input type="checkbox"/> VARUM :°
<input type="checkbox"/> OI OUVERTE AVEC BORDS DROITS ET PIED COMPLET	<input type="checkbox"/> FLEXUM :°	<input type="checkbox"/> OI OUVERTE AVEC BORDS DROITS ET TALON	<input type="checkbox"/> RECURVAT. :°
<input type="checkbox"/> OI OUVERTE AVEC BORDS DROITS ET COQUE TALONNIERE			