

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 !

Déport du tronc par rapport à l'axe longitudinal

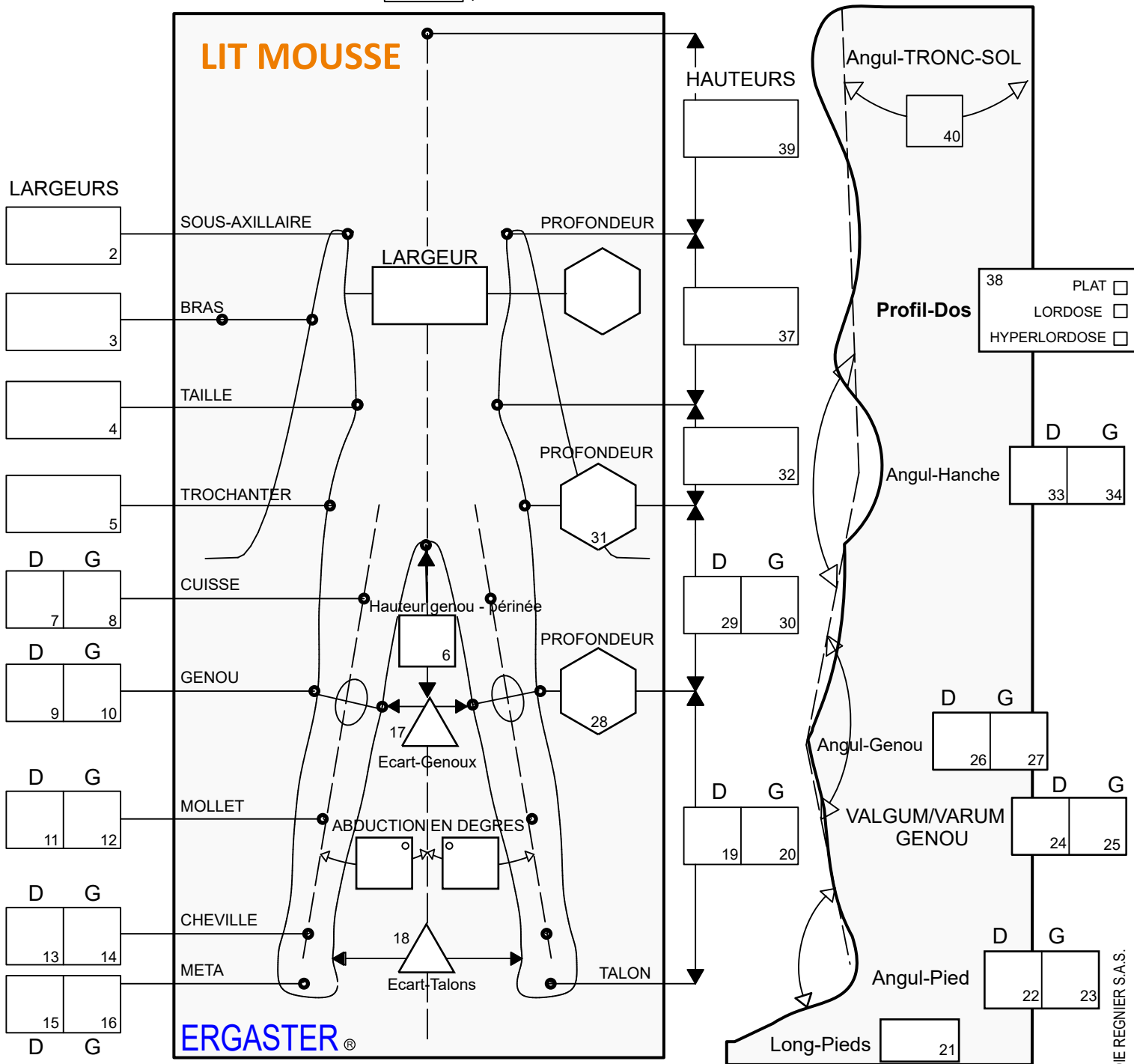
DROIT OU GAUCHE

1

INDUCTION O / N
42

COUSSIN O / N
41

Position de l'enfant DORSAL / VENTRAL



NOTES :
