

Formulaire de commande – corset temps plein

Envoyer à : po@modulate.ca

Information de commande

N° compte client	N° dossier médical patient	Adresse de livraison
N° du bon de commande	Nom du contact	
Téléphone du contact	Courriel du contact	

Information du patient

Nom	Sexe ☐ Homme ☐ Femme	Âge	Taille ☐ cm ☐ po	Poids ☐ kg ☐ lbs	Données envoyées voir instructions pour plus de détails ☐ Scan Debout scan 360° avec bras en T ☐ Rx Frontale capture d'écran ou .dcm ☐ Scan Couché 2 parties (décubitus ventral & dorsal) ☐ Rx Latérale capture d'écran ou .dcm
-----	--	-----	--	--	---

Style de corset

- ☐ Type Boston
- ☐ Type Rigo-Cheneau

Indication

- ☐ Scoliose idiopathique (SIA)
- ☐ Autre (préciser) : _____

Médecin traitant

Nom : _____

Clinique / Hôpital : _____

Ouverture

- ☐ Automatisée (par défaut : **Antérieure**)
- ☐ Si demande spéciale, préciser:

Couleur du corset

- ☐ Par défaut: **Transparent**
- ☐ Autre, spécifier le code:
voir options de couleur sur modulate.ca/palette

Couleur des courroies

- ☐ Par défaut: **Noir**
- ☐ Autre, spécifier le code:
voir options de couleur sur modulate.ca/palette

Instructions ou demandes spéciales

Veuillez indiquer tout détail pouvant influencer la conception du corset

Une question?

Écrivez ou appelez-nous!

Téléphone : **+1.438.801.6448**

Courriel : **support@modulate.ca**

