COAPT GEN2 FORMULAIRE DE COMMANDE

CLINIQUE : _____ DATE : _____

CONTACT : _____ N° BON DE COMM. : _____

COURRIEL : _____ N° COMPTE : _____

Informations sur le patient :

N° DE RÉFÉRENCE : _____ ÂGE : _____ SEXE : _____

APPAREILLAGES UTILISÉS

Veuillez indiquer les appareillages utilisés dans la prothèse :

COUDE / BRAS

- ☐ **College Park** Espire
- ☐ **LTI** (College Park) Bras Boston Digital
- ☐ **Motion Control** _____
- ☐ **Mobius Bionics** Bras LUKE
- ☐ **Ottobock** _____

ARTICULATION DU POIGNET

- ☐ **Motion Control** _____
- ☐ **Mobius Bionics** Bras LUKE
- ☐ **Ottobock** _____

DISPOSITIF TERMINAL

- ☐ **Covvi** Main NEXUS _____
- ☐ **Motion Control** _____
- ☐ **Ottobock** _____
- ☐ **Mobius Bionics** Bras LUKE
- ☐ **Touch Bionics** (Össur) i-Limb _____
- ☐ **Taska Prosthetics** Main TASKA
- ☐ **Psyonic** Main Ability
- ☐ **Vincent Systems** VINCENTevolution 3

INFOS SUPPLÉMENTAIRES

Veuillez indiquer toute information supplémentaire qui pourrait être pertinente dans la configuration de la prothèse

A CONTRÔLEUR

G2SC	Contrôleur pour COMPLETE CONTROL Gen2	☒

B SYSTÈME D'INTERFACE

AEMF	Transhuméral	Multifonction*	☐
AEOC	Transhuméral	Ouvert/Fermé*	☐
BEMF	Transradial	Multifonction*	☐
BEOC	Transradial	Ouvert/Fermé	☐

C CÂBLE D'INTERFACE EMG

EMGE	Câble d'interface EMG - standard	☐
EMGS	Câble d'interface EMG - évaluation (fermoir à pression)*	☐
EMGC	Câble d'interface EMG - évaluation (manchon style OI)*	☐
EMGO	Câble d'interface EMG (manchon style pour osseointegration)*	☐

D GARANTIE

WAR2	24 Mois	☐
WAR3	36 Mois*	☐
WAR4	48 Mois*	☐
WAR5	60 Mois*	☐

** Frais additionnels. Veuillez contacter votre représentant aux ventes pour plus d'informations.*

E ESSAI / ÉVALUATION

STG2	Unité d'essai GEN2	☐
HHG2	Appareil d'évaluation portable Coapt Gen2	☐

TÉLÉPHONE 1.800.363.8726 | TÉLÉCOPIEUR 1.800.663.8817 | COURRIEL ventes@ortoped.ca | WEB www.ortoped.ca