

R2



FORMULAIRE DE MODIFICATION DE PROTHÈSE D'ESSAI

CLINIQUE : _____

DATE : _____

CONTACT : _____

N° BON DE COMM. : _____

COURRIEL : _____

N° COMPTE : _____

Informations sur le patient :

PATIENT : _____

SEXE : _____

1) Inscrire les dimensions modifiées pour le modèle applicable (en mm) dans les cases ci-dessous.

2) Indiquez les modifications directement sur la prothèse d'essai.

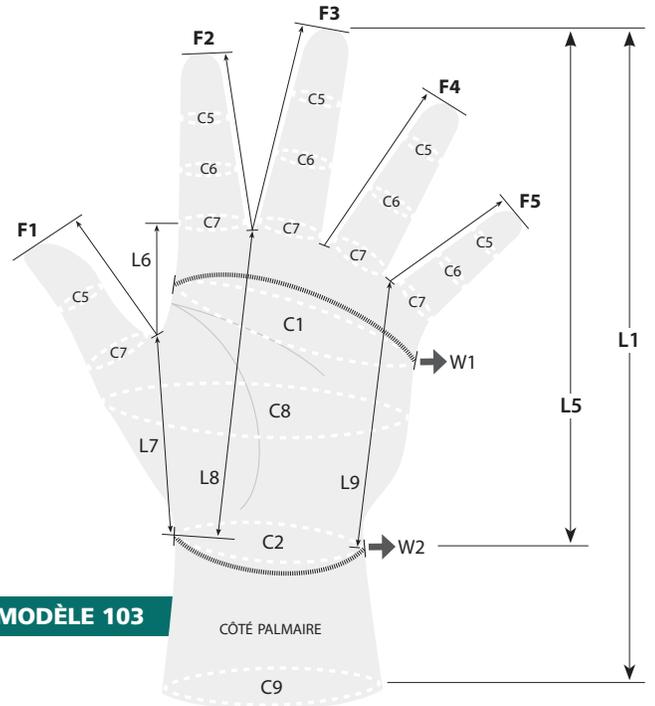
PROTHÈSE : Prothèse d'essai numéro : _____
 Procéder à la prothèse définitive suivant les modifications
 Procéder à la prothèse définitive sans modifications

TAILLE : Exacte
 Modifications nécessaires (*indiquer ci-dessous*)

CÔTÉ : Gauche
 Droit

COULEUR : Exacte
 Changer pour : _____

REPLISSAGE : N'a pas été modifié
 A été modifié

MODIFICATIONS NÉCESSAIRES (*indiquer en mm*)

M A I N	CIRCONFÉRENCE								LARGEUR			
	C1		C2		C8		C9		W1		W2	
	+ mm	- mm	+ mm	- mm	+ mm	- mm	+ mm	- mm	+ mm	- mm	+ mm	- mm
L O N G U E U R	LONGUEUR											
	L1		L5		L6		L7		L8		L9	
	+ mm	- mm	+ mm	- mm	+ mm	- mm	+ mm	- mm	+ mm	- mm	+ mm	- mm

D I G I T S	F1		F2		F3		F4		F5	
	+ mm	- mm								
C5										
C6										
C7										
L										

Commentaires :



TÉLÉPHONE

1.800.363.8726

TÉLÉCOPIEUR

1.800.663.8817

COURRIEL

ventes@ortoped.ca

WEB

www.ortoped.ca