

R2



TOE

## 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.

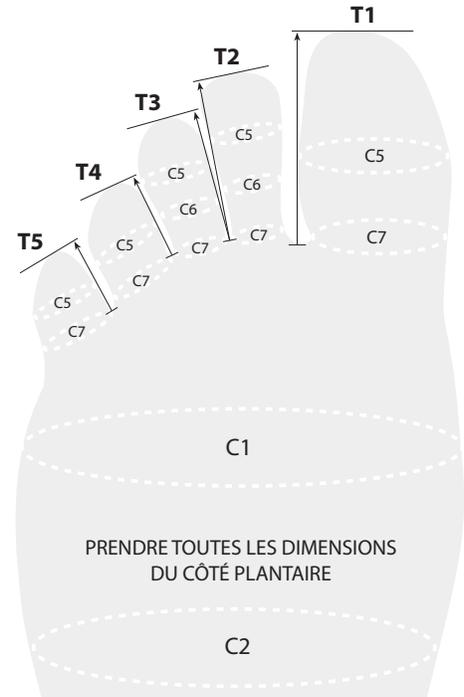
**PROTHÈSE :**  Prothèse d'essai numéro : \_\_\_\_\_  
 Procéder à la prothèse définitive suivant les modifications  
 Procéder à la prothèse définitive sans modifications

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

**CÔTÉ :**  Gauche  
 Droit

**COULEUR :**  Exacte  
 Changer pour : \_\_\_\_\_

**REPLISSAGE :**  N'a pas été modifié  
 A été modifié



MODÈLES 300Cxx / 30x

MODIFICATIONS NÉCESSAIRES (*indiquer en mm*)

P I E D	CIRCONFÉRENCE			
	C1		C2	
	+ mm	- mm	+ mm	- mm

O R T O P E D	T1		T2		T3		T4		T5	
	+ 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