



THUASNE

# LYMPHATREX Essential



## MEDIAS- PUNTO CIRCULAR

☐ PEDIDO (por defecto) ☐ PRESUPUESTO ☐ RENOVACIÓN

Código de cliente

Nº de caso para renovación

☐ 1er tratamiento

Apellido del/la paciente: .....

Nombre del/la paciente: .....

Sexo: ☐ M ☐ F ☐ Infantil Altura del/la paciente: .....

☐ Autorizo a mi profesional de la salud a recoger mis datos y a comunicarlos a la empresa Thuasne en el marco del tratamiento de mi dispositivo médico a medida de conformidad con la Ley nº 78-17 de 6 de enero de 1978, y el Reglamento Europeo nº 2016/679/UE de 27 de abril de 2016, tengo derechos que incluyen en particular los derechos de acceso, rectificación, portabilidad y supresión de mis datos. Puedo ejercer estos derechos poniéndome en contacto con el profesional sanitario al que pedí el producto sanitario.

FIRMA DEL/LA PACIENTE

IDENTIFICACIÓN DEL MINORISTA

**Si es posible, adjunte fotos de la extremidad que se va a colocar.  
Dibuje los contornos de la prenda en el diagrama y tache las medidas innecesarias.**

### Modelos

- ☐ Calcetín  
☐ Medias hasta el muslo  
☐ Panty

### Compresión

- ☐ Clase 2 (15 - 20 mmHg)  
☐ Clase 3 (20 - 36 mmHg)  
☐ Sin compresión

\* Si se desea ropa interior compresiva, el nivel de compresión de esta debe ser idéntico al de una de las dos piernas

### Colores

- ☐ Beige  
☐ Negro

### Opciones por debajo de la rodilla

- ☐ Sin antideslizante (borde acanalado)  
☐ Antideslizante con puntos de silicona 3 cm  
☐ Antideslizante con puntos de silicona 5

### Opciones hasta el muslo

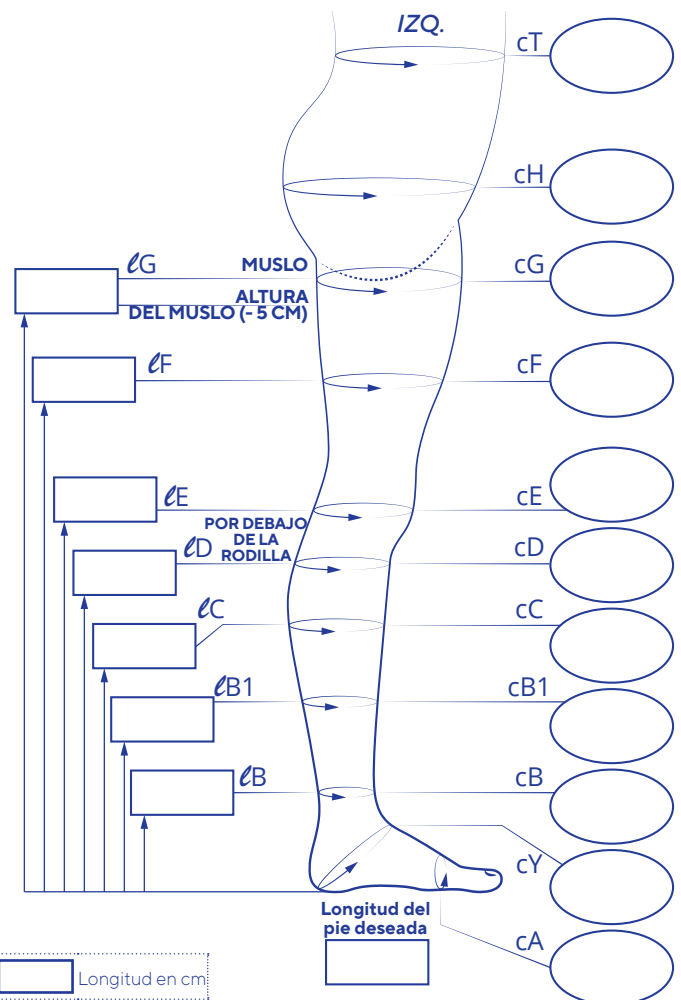
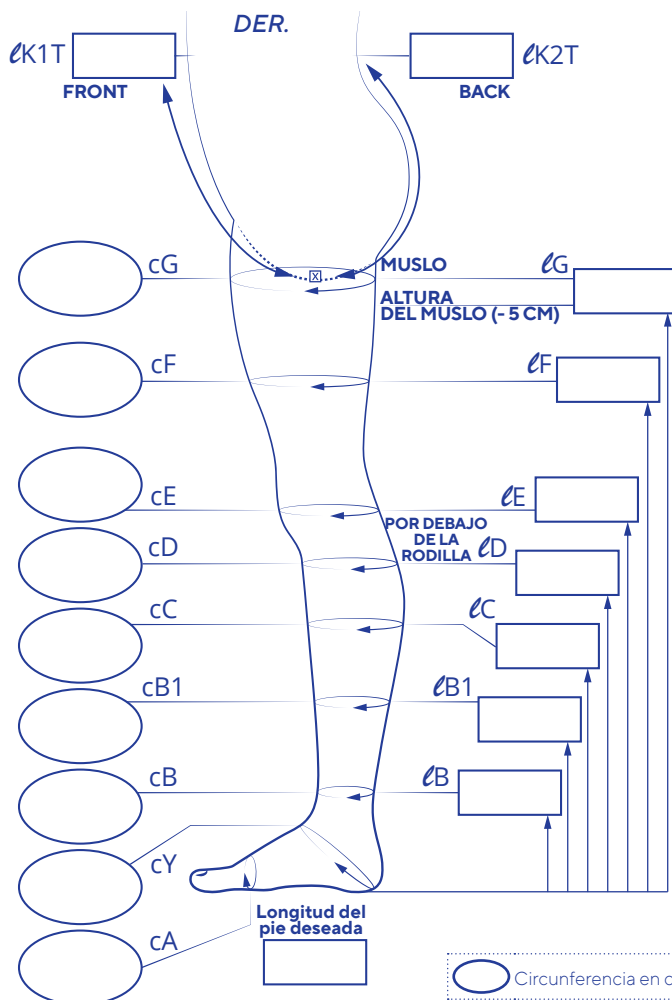
- ☐ Antideslizante con puntos de silicona 5 cm  
☐ Antideslizante de silicona para mujeres 5  
☐ Funda para la cadera  
(Indicar las medidas cT, cH, lK1T and lK2T)

### Opciones generales

- Punta del pie**  
☐ Punta del pie abierta  
☐ Punta del pie cerrada

### Almohadilla de compresión

### Comentarios



Circunferencia en cm Longitud en cm

Póngase en contacto con su distribuidor habitual de Thuasne