



LYMPHATREX Expert

MANGAS DE COMPRESIÓN - PUNTO PLANO

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.**

BRAZO DERECHO BRAZO IZQUIERDO

Rellene un formulario para cada lado

Modelos

- Mangas de compresión
- Mangas de compresión con muñequera*

* Rellene además el formulario de medición de las muñequeras

Compresión

- Clase 2 (15 - 20 mmHg)
- Clase 3 (20 - 36 mmHg)

Colores

- Beige
- Beige bronceado
- Negro

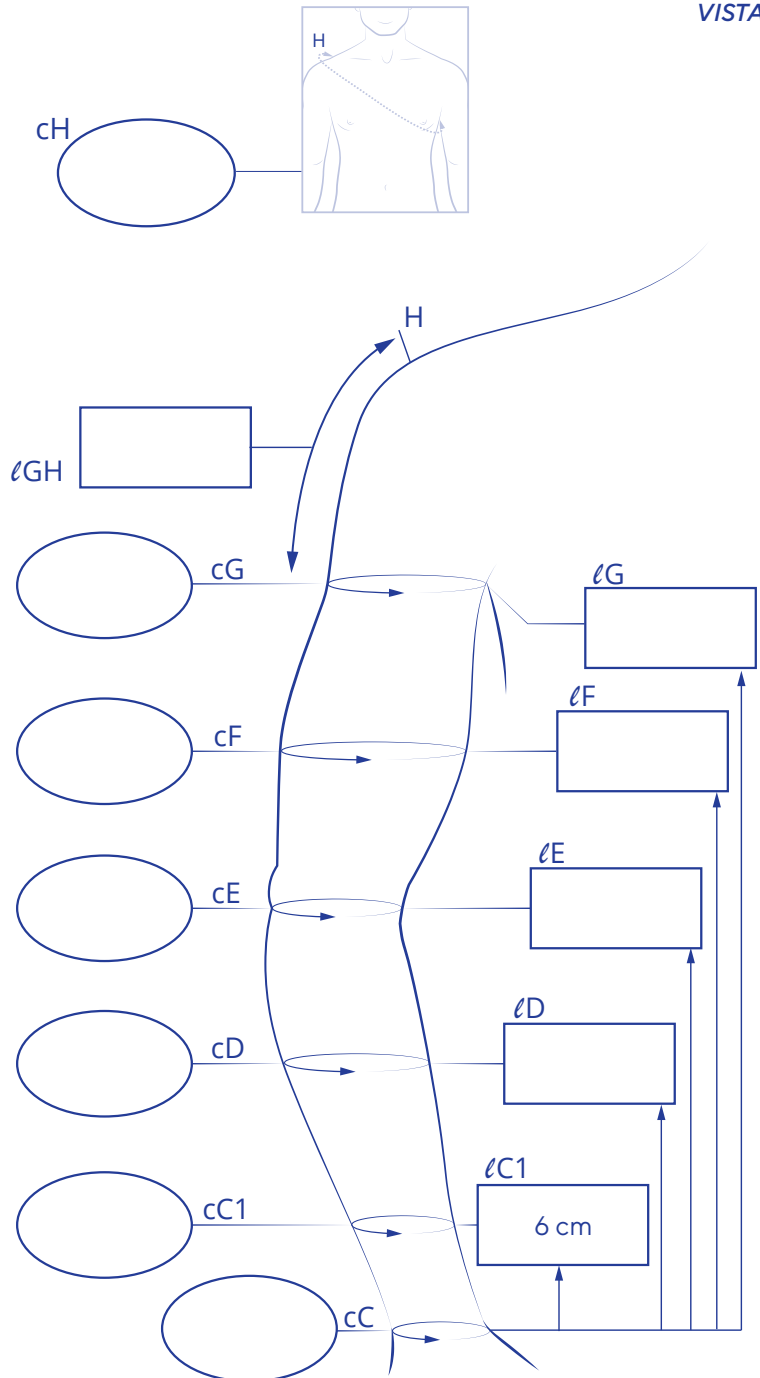
Opciones

- Borde proximal angulado
- Trenza lisa elástica 3 cm
- Antideslizante con puntos de silicona de 3 cm
- Sujeción de los hombros (indicar la medida) ℓGH
- Recubrimiento del hombro (indique las medidas $\ell GH + H$)

Comentarios

.....

VISTA FRONTAL



Circunferencia en cm Longitud en cm