



THUASNE

MOBIDERM



MANGAS

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 en la que colocará el producto.
Dibuje los contornos de la prenda en el diagrama y tache las medidas innecesarias.**

BRAZO DERECHO BRAZO IZQUIERDO

Complete un formulario para cada lado

**VISTAL
FRONTAL**

Modelos

- Manga de compresión *(solo bloques grandes)*
- Manga de compresión con guantelete con pulgar *(bloques grandes en el brazo y bloques pequeños en la mano)*
- Manga de compresión con guantelete sin pulgar *(bloques grandes en el brazo y bloques pequeños en la mano)*

Opciones de mangas

- Antideslizante con puntos de silicona de 3 cm
- Apertura con velcro

Comentarios

.....

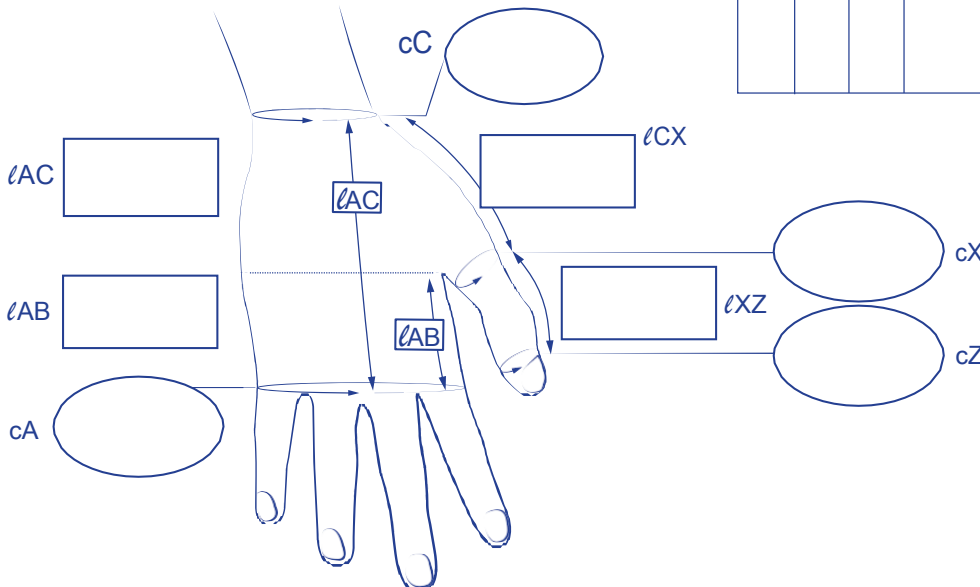
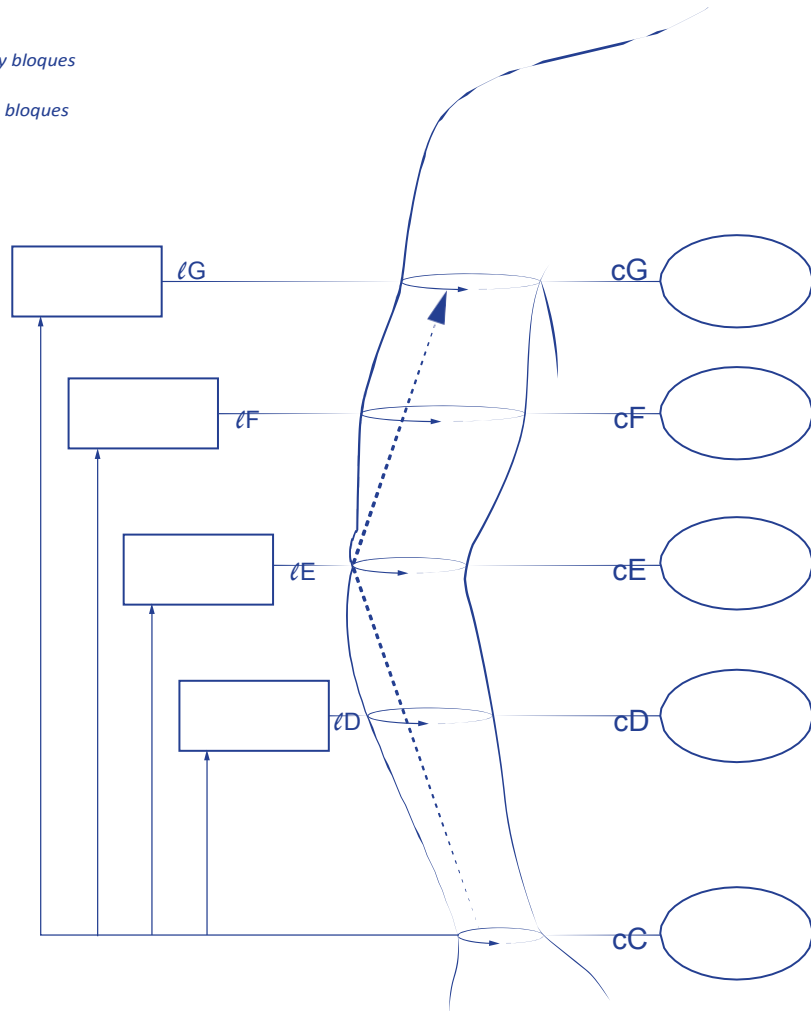
.....

.....

.....

.....

.....



-----> Colocación de la cinta métrica para medir alturas

Longitud en cm

Circunferencia en cm