



**THUASNE**

**MOBIDERM**



**MEDIAS**

**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.**

**Modelos**

- Por debajo de la rodilla
- Hasta el muslo

IZQ.    DER.  
      
   

**Opciones distales**

- Punta del ie abierta
- Punta del pie cerrada

**Tipos de espuma/almohadilla**

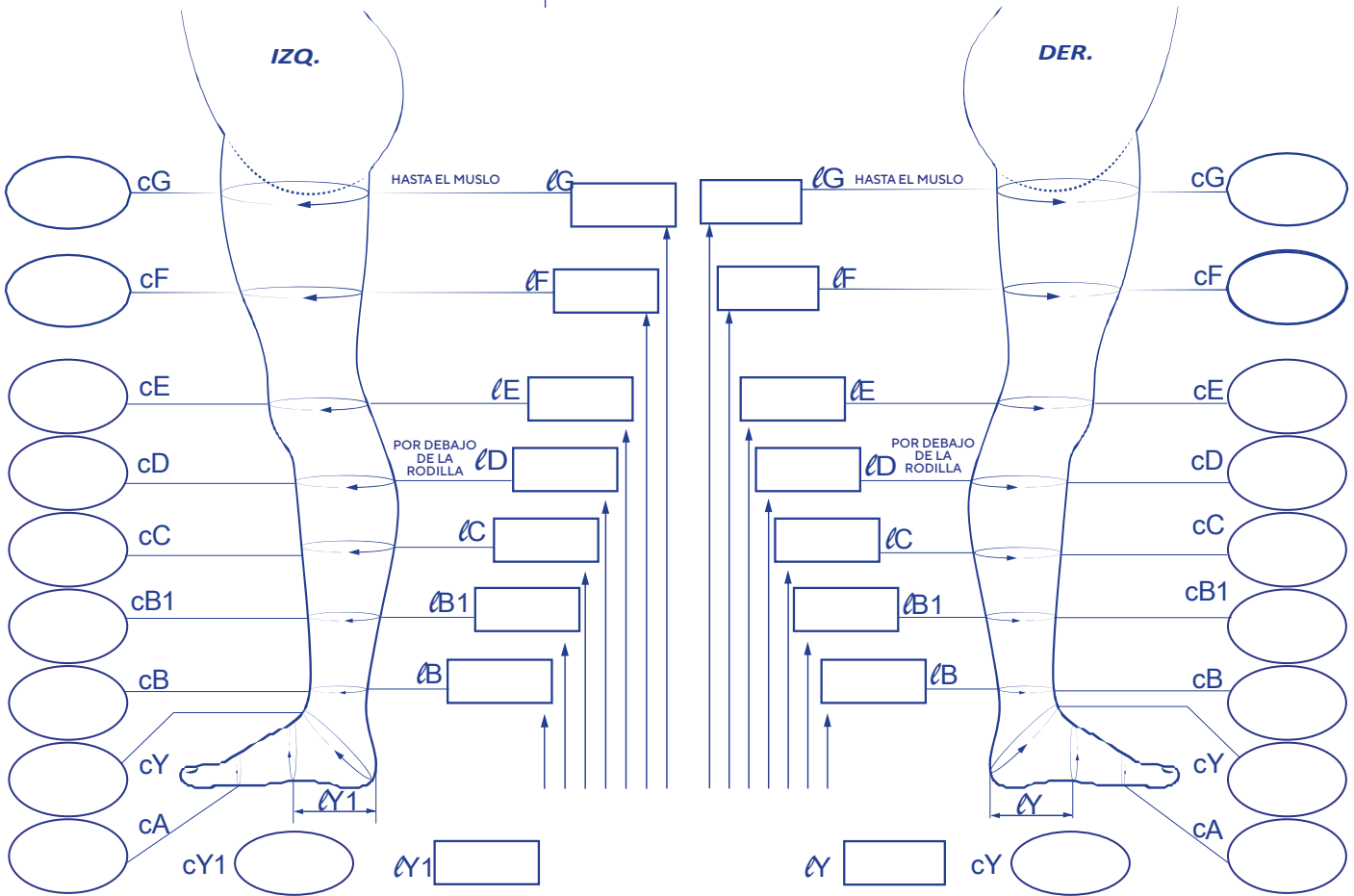
- Bloques pequeños en todo
- Bloques grandes en todo
- Bloques grandes en la pierna y bloques pequeños en los pies

**Opciones proximales**

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

**Comentarios**

.....  
.....  
.....



Longitud deseada del pie:

Interior (lA)   
Exterior (lA1)

Longitud en cm  
 Circunferencia en cm

Longitud deseada del pie:

Interior (lA)   
Exterior (lA1)