



LYMPHATREX Revolution



MANGUITOS PARA LOS BRAZOS

PEDIDO (por defecto) PRESUPUESTO RENOVACIÓN

Apellidos del paciente:

Nombre del paciente: Adulto Niño

Talla del paciente: Sexo: M F

Autorizo a mi profesional sanitario a recoger mis datos y comunicarlos a Thuasne con el fin de tramitar el pedido 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 enviando un correo electrónico a la dirección que figura al pie de la página.

FIRMA DEL PACIENTE

Cliente código

Nº de Expediente renovación

1º tratamiento

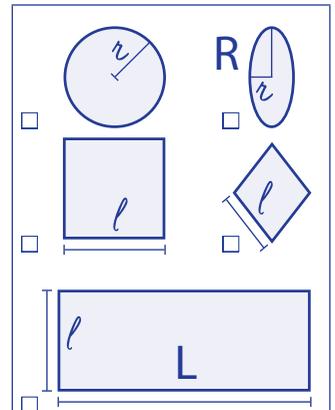
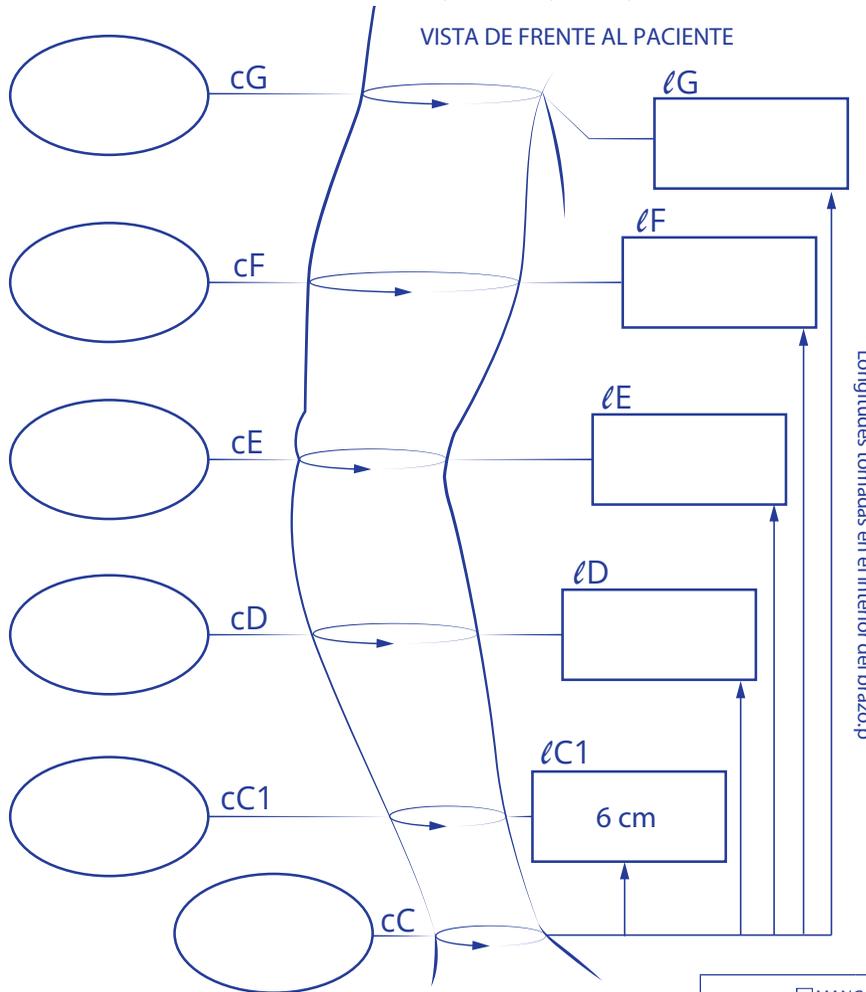
Fecha: Cantidad:

IDENTIFICACIÓN DEL MINORISTA

2401053-01 (2024-03)

Si es posible, adjunte fotos del miembro que debe ajustarse. Dibuje los contornos de la prenda en el diagrama y tache las medidas innecesarias.

Dispositivo de compresión del paciente hecho a medida.



Bolsillo sin almohadilla de compresión.

r:
R:
l:
L:
Las dimensiones pueden estar sujetas a durante la producción

Colores
 Negro Azul noche
 Beige claro Marrón
 Beige bronceado Gris antracita

		<input type="checkbox"/> MANGA	
Acabados proximales	Elástico antideslizante 3 cm	<input type="checkbox"/> Derecha	<input type="checkbox"/> Izquierda
	Elástico antideslizante 5 cm	<input type="checkbox"/> Derecha	<input type="checkbox"/> Izquierda
	Sin antideslizante	<input type="checkbox"/> Derecha	<input type="checkbox"/> Izquierda
	Extremo proximal Compresión	<input type="checkbox"/> Derecha	<input type="checkbox"/> Izquierda
	Reducida extremo proximal	<input type="checkbox"/> Derecha	<input type="checkbox"/> Izquierda
Otras opciones	Extremo distal con compresión reducida	<input type="checkbox"/> Derecha	<input type="checkbox"/> Izquierda
	Almohadilla de compresión Seleccione la forma e indique las dimensiones en la casilla correspondiente. Dibuje la posición en el diagrama.	<input type="checkbox"/> Derecha	<input type="checkbox"/> Izquierda
	Zona anatómica codo	<input type="checkbox"/> Derecha	<input type="checkbox"/> Izquierda

Esta gama se enriquece regularmente. Asegúrese de tener la última versión disponible leyendo el código QR de al lado:

Comentarios:

compresión (RAL)	Mangas			
<input type="checkbox"/> CL 1 (15 – 21 mmHg)	<input type="checkbox"/> Izquierda	Cantidad:	<input type="checkbox"/> Derecha	Cantidad:
<input type="checkbox"/> CL 2 (23 – 32 mmHg)	<input type="checkbox"/> Izquierda	Cantidad:	<input type="checkbox"/> Derecha	Cantidad:
<input type="checkbox"/> CL 3 (34 – 46 mmHg)	<input type="checkbox"/> Izquierda	Cantidad:	<input type="checkbox"/> Derecha	Cantidad: