



# LYMPHATREX Revolution



## PIERNAS

PEDIDO (por defecto)  PRESUPUESTO  RENOVACIÓN

Cliente código

Nº de Expediente renovación

1º tratamiento

Fecha: ..... Cantidad: .....

IDENTIFICACIÓN DEL MINORISTA

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/JE 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

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 personalizado para el paciente.

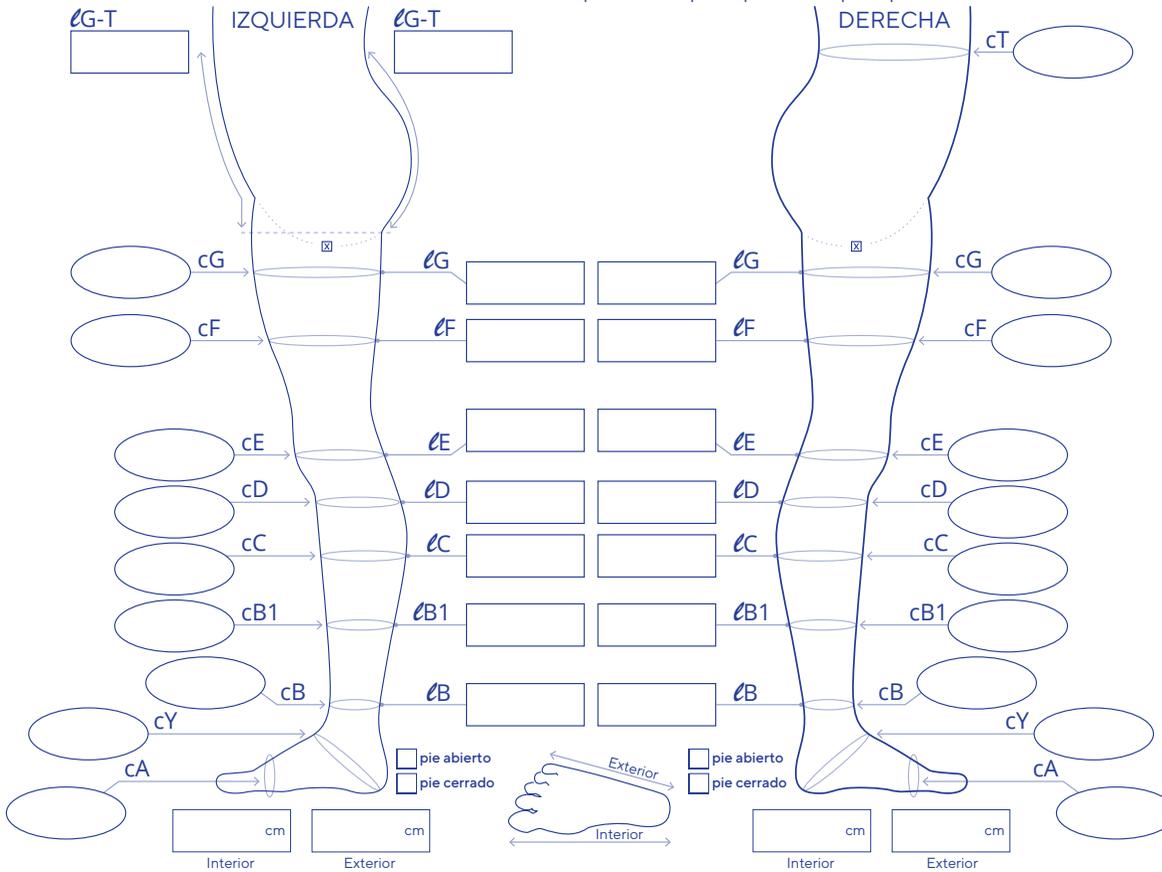


Diagram showing various shapes for compression devices: circle with radius r, square with side l, diamond with side l, L-shape with dimensions H, L, h, and l, and a rectangle with dimensions l and L. Includes checkbox for 'Bolsillo sin almohadilla de compresión' and a table for dimensions r, R, l, L, H, h.

	<input type="checkbox"/> CALCETÍN (AD)	<input type="checkbox"/> MUSLO (AG)	<input type="checkbox"/> MANGA	<input type="checkbox"/> BG	<input type="checkbox"/> BD	<input type="checkbox"/> FG
<b>Acabados proximales</b>						
Fijación en la cadera 5 cm <i>Toma lG en el pliegue del glúteo</i>		<input type="checkbox"/> Izquierda <input type="checkbox"/> Derecha	<input type="checkbox"/> Izquierda <input type="checkbox"/> Derecha			
Elástico antideslizante 3 cm <i>AG, BG ou FG: sólo para uso pediátrico</i>	<input type="checkbox"/> Izquierda <input type="checkbox"/> Derecha	<input type="checkbox"/> Izquierda <input type="checkbox"/> Derecha	<input type="checkbox"/> Izquierda <input type="checkbox"/> Derecha			
Elástico antideslizante 5 cm	<input type="checkbox"/> Izquierda <input type="checkbox"/> Derecha	<input type="checkbox"/> Izquierda <input type="checkbox"/> Derecha	<input type="checkbox"/> Izquierda <input type="checkbox"/> Derecha			
Sin antideslizante	<input type="checkbox"/> Izquierda <input type="checkbox"/> Derecha	<input type="checkbox"/> Izquierda <input type="checkbox"/> Derecha	<input type="checkbox"/> Izquierda <input type="checkbox"/> Derecha			
Acabado proximal sesgado (altura: aprox. 5 cm)			<input type="checkbox"/> Izquierda <input type="checkbox"/> Derecha			
Remate proximal de compresión reducida	<input type="checkbox"/> Izquierda <input type="checkbox"/> Derecha	<input type="checkbox"/> Izquierda <input type="checkbox"/> Derecha	<input type="checkbox"/> Izquierda <input type="checkbox"/> Derecha			
Extremo distal con compresión reducida	<input type="checkbox"/> Izquierda <input type="checkbox"/> Derecha	<input type="checkbox"/> Izquierda <input type="checkbox"/> Derecha	<input type="checkbox"/> Izquierda <input type="checkbox"/> Derecha			
Almohadilla de compresión	<i>Seleccione la forma e indique las dimensiones en la casilla correspondiente.</i>					
<input type="checkbox"/> Empeine	<input type="checkbox"/> Izquierda <input type="checkbox"/> Derecha	<input type="checkbox"/> Izquierda <input type="checkbox"/> Derecha				
<input type="checkbox"/> Maléolo medial	<input type="checkbox"/> Izquierda <input type="checkbox"/> Derecha	<input type="checkbox"/> Izquierda <input type="checkbox"/> Derecha				
<input type="checkbox"/> Maléolo externo	<input type="checkbox"/> Izquierda <input type="checkbox"/> Derecha	<input type="checkbox"/> Izquierda <input type="checkbox"/> Derecha				
<input type="checkbox"/> Otros: <i>dibujar la posición en el diagrama.</i>	<input type="checkbox"/> Izquierda <input type="checkbox"/> Derecha	<input type="checkbox"/> Izquierda <input type="checkbox"/> Derecha	<input type="checkbox"/> Izquierda <input type="checkbox"/> Derecha			
Zona funcional hallux valgus	<input type="checkbox"/> Izquierda <input type="checkbox"/> Derecha	<input type="checkbox"/> Izquierda <input type="checkbox"/> Derecha				
Zona anatómica rodilla			<input type="checkbox"/> Izquierda <input type="checkbox"/> Derecha			

Colores	
<input type="checkbox"/> Negro	<input type="checkbox"/> Azul noche
<input type="checkbox"/> Beige claro	<input type="checkbox"/> Marrón
<input type="checkbox"/> Beige bronceado	<input type="checkbox"/> Gris antracita

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

Comentarios:

Compresión (RAL)	Pierna	
<input type="checkbox"/> CL 1 (18 - 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: