

PROTHÈSES ADAPTÉES AU MEMBRE RÉSIDUEL

KIT DE COMMANDE
Doigts



 **REGAL®**

Distribué en Amérique du Nord par

 **Cascade**
The Largest Independent
O&P Distributor
États-Unis

 **OrtoPed**
www.ortoped.ca 
Canada



- Le processus de livraison d'une prothèse nécessitera la fabrication d'une prothèse d'essai afin d'assurer le meilleur ajustement et le meilleur choix de couleurs possibles
- Vous recevrez une prothèse d'essai pour approbation (en utilisant le bon formulaire) avant la fabrication et la livraison de la prothèse définitive
- Il est extrêmement important de fournir toutes les informations requises pour une livraison rapide et exacte de la prothèse

MODÈLE

Choisir le modèle, la couleur ou les couleurs, et les autres options pour la prothèse qui correspond aux besoins de votre patient

FORMULAIRES

Remplir le formulaire selon la prothèse convenable (voir page 3,) en s'assurant d'inclure le style, les options et dimensions du membre **résiduel** et du **côté sain**.

PLÂTRE

Créer un positif en plâtre du **membre résiduel** et du **côté sain**. Sur le plâtre, indiquer le nom du patient ou son numéro d'identité ainsi que la date.

PHOTOS

Prendre des photos du **membre résiduel** et du **côté sain** du patient (vues antérieure, postérieure, latérale et médiale.)

VÉRIFICATION

Vérifier que les dimensions de chacun des plâtres correspondent exactement aux dimensions enregistrées dans les formulaires

MODIFICATIONS

Modifier le plâtre correspondant au **membre résiduel** comme suit :

- Réduire de 3 % aux régions osseuses
- Réduire de 4-5 % aux tissus mous

PROTHÈSE D'ESSAI REÇUE

Dès la réception, ajuster la prothèse d'essai sur le patient, puis déterminer si **elle est approuvée** ou **s'il existe des révisions à faire**.

ENVOI

Envoyer tous les matériaux (**plâtres marqués**, **formulaires** et **photos**) à votre distributeur de produits Regal Prosthetics (**OrtoPed**). Dans les cas où des modifications sont requises, renvoyer tous les matériaux **dans les 45 jours**.

Si la prothèse d'essai est **approuvée**

Si la prothèse d'essai **nécessite des modifications**

MODIFICATIONS DE LA PROTHÈSE D'ESSAI

- Remplir le « Formulaire de modification de la prothèse d'essai » pour la prothèse en question (R2) en incluant les modifications à apporter
- Indiquez les révisions et instructions de modifications directement sur la prothèse d'essai
- Indiquez si vous désirez que la prochaine prothèse devienne la « **prothèse définitive** » ou une « **deuxième prothèse d'essai** »

CONFIRMATION

- Contacter votre distributeur Regal Prosthetics (**OrtoPed**) **dans les 45 jours** pour confirmer que nous pouvons procéder à la fabrication de la prothèse définitive
- Remettre la prothèse d'essai à votre distributeur de produits Regal Prosthetics (**OrtoPed**)

LIVRAISON

Livraison de la prothèse définitive se fait dans les 21 à 28 jours à partir de la date de confirmation.



FORMULAIRE DE COMMANDE



R1

CLINIQUE : _____

DATE : _____

CONTACT : _____

N° BON DE COMM. : _____

COURRIEL : _____

N° COMPTE : _____

Informations sur le patient :

PATIENT : _____

SEXE : _____

Sélectionner le modèle désiré de la prothèse d'adaptation au membre résiduel

MEMBRE SUPÉRIEUR					MEMBRE INFÉRIEUR																				
DGT		PASV		BRA		JMB		PIED		ORT															
DOIGTS CONNECTÉS		103 MAIN PARTIELLE		SL29 BRAS 29 CM		BKSL-M MOYEN		STANDARD		ORTEILS CONNECTÉS															
☐ 200C 4 DOIGTS				SL50 BRAS 50 CM		BKSL-L GRAND		HDSF REG.		300C3 <table border="1"> <tr><td>A</td><td>B</td><td>C</td><td>D</td></tr> <tr><td>E</td><td>F</td><td>G</td><td>H</td></tr> <tr><td>I</td><td>J</td><td></td><td></td></tr> </table> 3 ORT.		A	B	C	D	E	F	G	H	I	J				
A	B	C	D																						
E	F	G	H																						
I	J																								
☐ 200C3 <table border="1"> <tr><td>A</td></tr> <tr><td>B</td></tr> </table> 3 DGT		A	B							HDSFHT MONT.		300C2 <table border="1"> <tr><td>A</td><td>B</td><td>C</td><td>D</td></tr> <tr><td>E</td><td>F</td><td>G</td><td>H</td></tr> <tr><td>I</td><td>J</td><td></td><td></td></tr> </table> 2 ORT.		A	B	C	D	E	F	G	H	I	J		
A																									
B																									
A	B	C	D																						
E	F	G	H																						
I	J																								
☐ 200C2 <table border="1"> <tr><td>A</td></tr> <tr><td>B</td></tr> <tr><td>C</td></tr> </table> 2 DGT		A	B	C							RETOUR D'ÉNERGIE														
A																									
B																									
C																									
DOIGT INDIVIDUEL								HDSF-ER <table border="1"> <tr><td>08</td></tr> <tr><td>10</td></tr> </table> REG.		08	10	ORTEIL INDIVIDUELLE													
08																									
10																									
☐ 20 <table border="1"> <tr><td>1</td><td>2</td></tr> <tr><td>3</td><td>4</td></tr> <tr><td>5</td><td></td></tr> </table>		1	2	3	4	5								HDSFHT-ER <table border="1"> <tr><td>08</td></tr> <tr><td>10</td></tr> </table> MONT.		08	10	30 <table border="1"> <tr><td>1</td><td>2</td></tr> <tr><td>3</td><td>4</td></tr> <tr><td>5</td><td></td></tr> </table>		1	2	3	4	5	
1	2																								
3	4																								
5																									
08																									
10																									
1	2																								
3	4																								
5																									

CARACTÉRISTIQUES DE L'APPAREIL	
CHOISIR LES CARACTÉRISTIQUES DE L'APPAREIL	
CÔTÉ	INSCRIRE STYLE DE MAIN OU TAILLE DU PIED
☐ GAUCHE ☐ DROIT	

APPAREIL REMPLISSAGE	☐ MOUSSE
	☐ SILICONE
	☐ SILICONE ET MOUSSE

COULEUR		
	CODE	INSCRIRE COULEUR
UNE SEULE COULEUR	1-C5	
OU SI LA COLORATION À DEUX TEINTES EST DESIRÉE		
COLORATION À DEUX TEINTES	COLOR. À DEUX TEINTES	☐
	COULEUR DORSALE	
	COULEUR PALMAIRE	

OPTIONS			
CHOISIR LES OPTIONS POUR L'APPAREIL			CODE
ESTHÉTIQUE	ONGLES	APPARENCE RÉALISTE	XS ☐
		ACRYLIQUE	AN ☐
	COLOR. RÉALISTE	JOINTURES DE DOIGTS ET ART.	SS ☐
	POILS	DIMENSION DES POILS	2D 2D- ☐
			3D 3D- ☐
COULEUR		NOIR HAIR-BL ☐	
		BRUN HAIR-BR ☐	
	NOIR ET BRUN HAIR-BB ☐		
REVÊTEMENT LISSE		SM ☐	

STRUCTURES	DOIGTS	FILS DE FER	W ☐
		À CHARNIÈRES	H ☐
		BOUTS DES DOIGTS RENFORCÉS	RF ☐
	FLEXION DES DOIGTS	DROIT	B1 ☐
		FLEXION STANDARD	B2 ☐
		TRÈS FLÉCHI	B3 ☐
	FERMETURE ÉCLAIR	SANS FERMETURE ÉCLAIR (LE CAS ÉCHÉANT)	NO ZIPPER-RG ☐
	DIVERS	ADHÉRÉ À L'EMBOÎTURE	REG-GS ☐
		FABRICATION ACCÉLÉRÉE	RUSH-REG ☐


TÉLÉPHONE
1.800.363.8726

TÉLÉCOPIEUR
1.800.663.8817

COURRIEL
ventes@ortoped.ca

WEB
www.ortoped.ca

EXT. SUPÉR.

PROTHÈSES ADAPTÉES AU MEMBRE RÉSIDUEL

REGAL[®]

R1

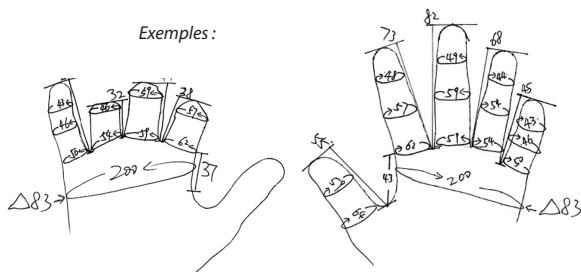


FORMULAIRE DE COMMANDE

➔ Dessinez le contour 1:1 de la main droite avec le côté palmaire posé sur la page.

CÔTÉ PALMAIRE POSÉ SUR LA PAGE

Exemples :



Main droite

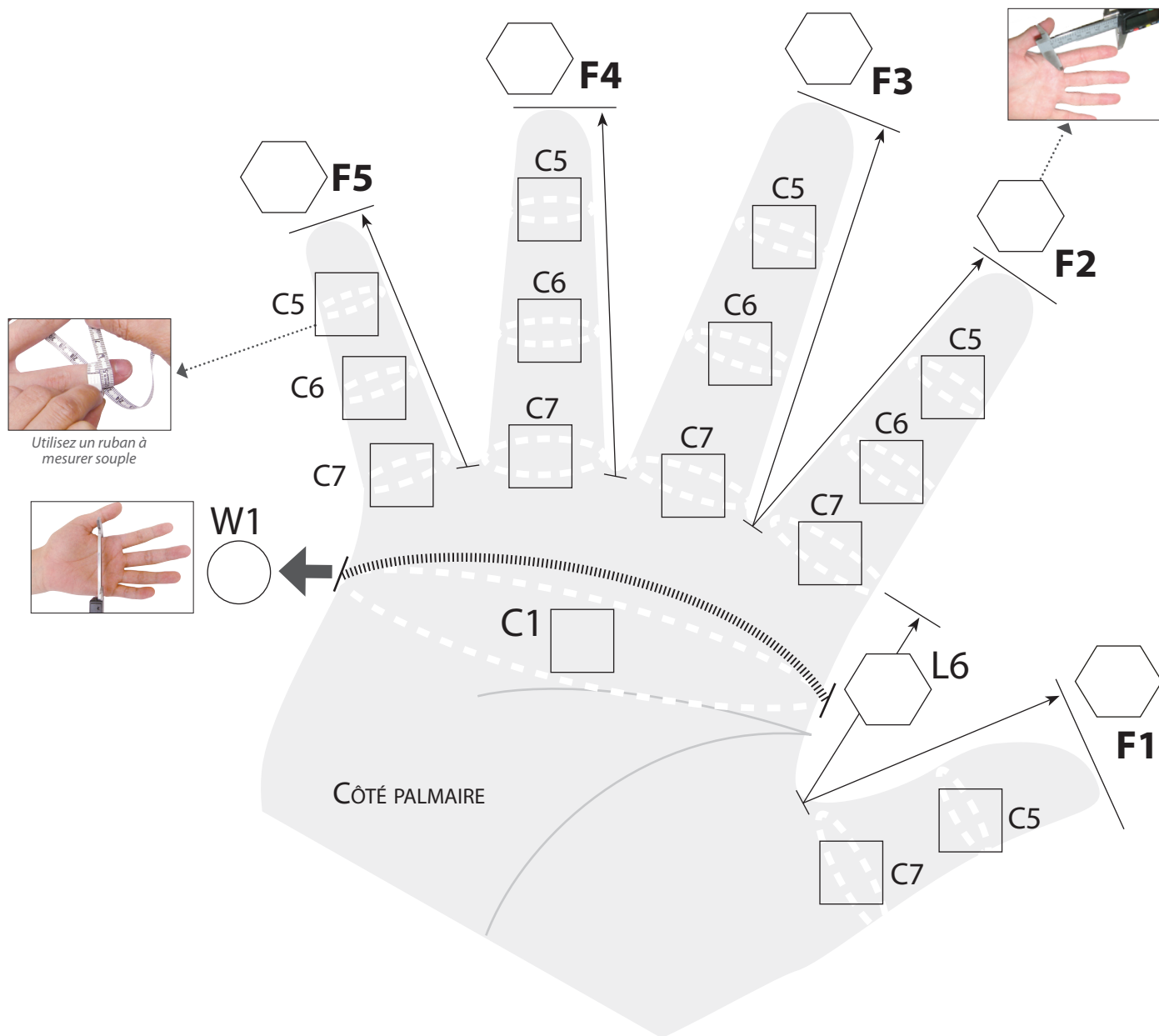
FORMULAIRE DE COMMANDE DGT



R1

- 1 Dessinez le contour 1:1 de la main droite, à la page 4.
- 2 Remplir toutes les dimensions (en mm) qui sont pertinentes aux doigts du patient (sain ou résiduel).

La réussite de la prothèse d'essai est fortement tributaire à la prise d'un grand nombre de dimensions (Regal pourra peut-être apporter de légères modifications à la prothèse en silicone).



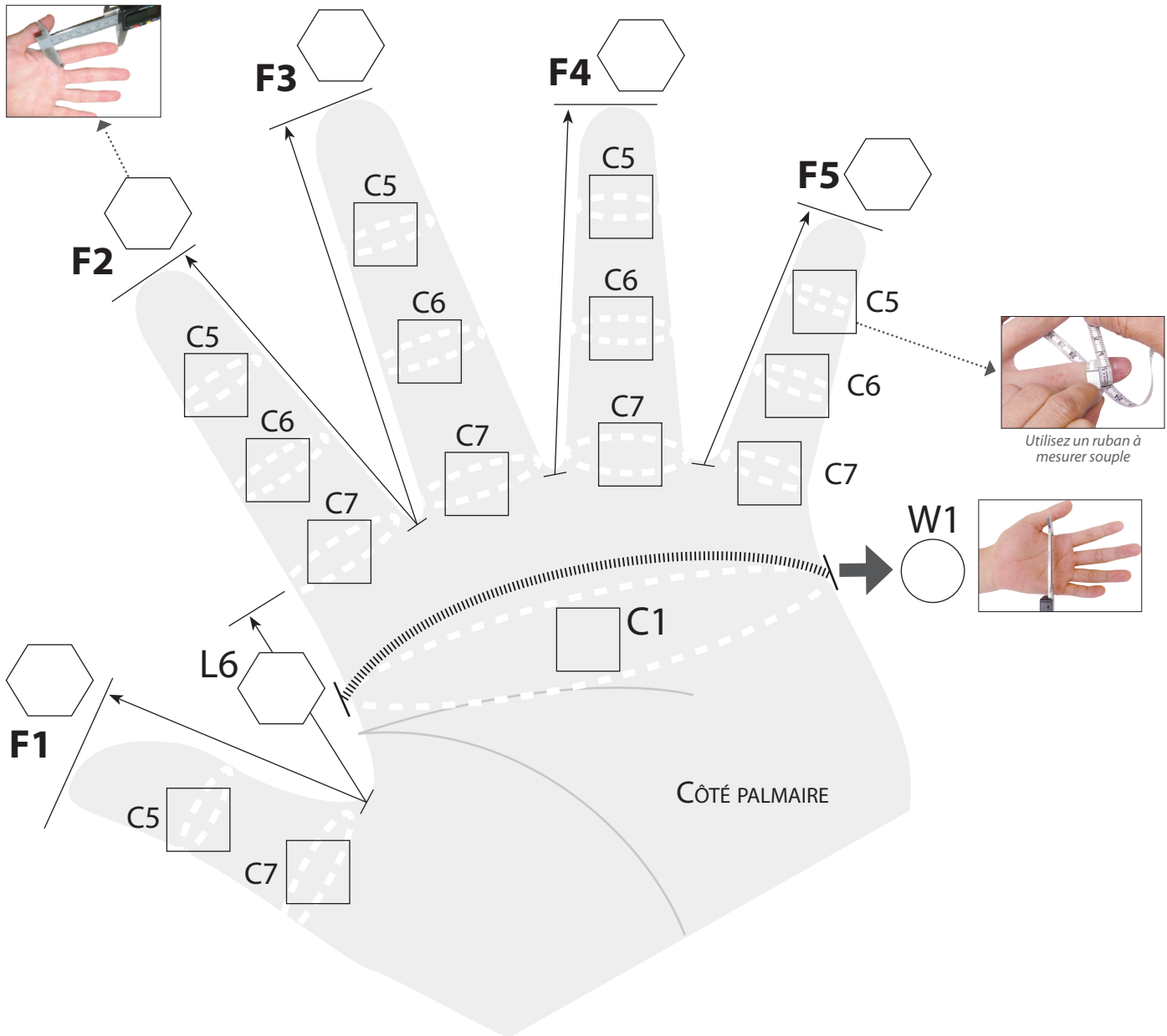
L = Longueur
 C = Circonférence
 W = Largeur

Main droite

Remarque: Cette information ne remplace pas le plâtre. Elle doit être fournie à titre d'information supplémentaire.

- 1 Dessinez le contour 1:1 de la main gauche, à la page 7.
- 2 Remplir toutes les dimensions (en mm) qui sont pertinentes aux doigts du patient (sain ou résiduel).

La réussite de la prothèse d'essai est fortement tributaire à la prise d'un grand nombre de dimensions (Regal pourra peut-être apporter de légères modifications à la prothèse en silicone).



⬡ L = Longueur

□ C = Circonférence

○ W = Largeur

Remarque: Cette information ne remplace pas le plâtre. Elle doit être fournie à titre d'information supplémentaire.

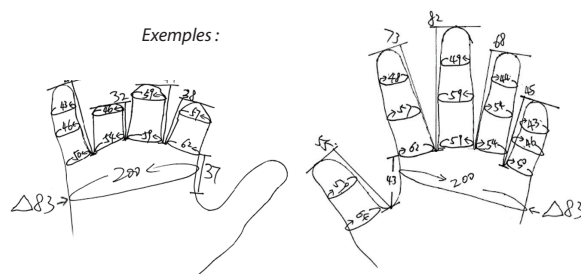
Main gauche

➔ Dessinez le contour 1:1 de la main gauche
avec le côté palmaire posé sur la page.

FORMULAIRE DE COMMANDE

CÔTÉ PALMAIRE POSÉ SUR LA PAGE

Exemples :

**Main gauche**

AVIS DE NON-RESPONSABILITÉ

Veillez noter que la couleur sélectionnée pour la prothèse en silicone de haute définition Regal: 1) correspond le plus étroitement possible au teint de peau du patient et qu'elle pourrait ne pas correspondre exactement sur la prothèse définitive; 2) la coloration à deux teintes appliquée sur la prothèse en silicone du patient peut varier légèrement de l'échantillon témoin. Il faudra expliquer au patient que le teint naturel de leur peau peut changer avec les différentes saisons, donc, ils ne doivent pas s'attendre à ce que leur prothèse en silicone de haute définition Regal corresponde toujours au ton de leur propre peau.

Il faut également expliquer au patient que la date de livraison des prothèses adaptées au membre résiduel peut varier, surtout si plusieurs prothèses d'essai sont nécessaires pour assurer le meilleur ajustement final possible. Chaque prothèse d'essai nécessite environ 3 semaines de délai de livraison, en ajoutant tout autre retard pouvant survenir en raison de dimensions ou d'informations manquantes de la part du prothésiste, de rendez-vous manqués ou reportés, d'expéditions retardées ou d'autres raisons qui échappent à notre contrôle.

LES GARANTIES EXPRESSES ÉNONCÉES CI-DESSUS REMPLACENT TOUTES AUTRES GARANTIES EXPRESSES OU IMPLICITES, Y COMPRIS SANS LIMITATION, TOUTES LES GARANTIES DE LA VALEUR MARCHANDE ET DE LA FORME PHYSIQUE POUR UN BUT PARTICULIER, ET QUE TOUTES GARANTIES DE CE GENRE SONT DÉCLINÉES ET EXCLUES PAR CASCADE ORTHOPEDIC SUPPLY, INC. DANS AUCUN CAS, CASCADE ORTHOPEDIC SUPPLY, INC. NE SERA PAS TENU RESPONSABLE POUR LES DOMMAGES-INTÉRÊTS GÉNÉRAUX, PARTICULIERS, DIRECTS OU INDIRECTS MÊME SI CASCADE ORTHOPEDIC SUPPLY, INC. AURAIT ÉTÉ AVISÉ DE LA POSSIBILITÉ DE TELS DOMMAGES OU DE TELLES PERTES.

Certains états ne permettent pas l'exclusion ou la limitation des dommages indirects ou consécutifs, donc la limitation ci-dessus pourrait ne pas s'appliquer à l'utilisateur ou l'acheteur initial.

Conditions d'achat

À NOTER : Cascade Orthopedic Supply Inc. ou l'une de ses filiales se réserve le droit de mettre à jour ou de modifier les termes et les conditions de cette « politique de conditions de vente » à tout moment et sans préavis.

PROCÉDURE DE COMMANDE

- Les commandes peuvent être placées auprès de votre distributeur de produits Regal Prosthetics par téléphone, télécopieur, courriel, en ligne ou vous pouvez choisir d'expédier le(s) formulaire(s) avec les plâtres.
- Utiliser les numéros ou descriptions d'articles sur toutes commandes pour assurer l'exactitude.

NOUVEAUX COMPTES

Veillez contacter votre distributeur Regal Prosthetics pour plus d'informations.

MODALITÉS DE PAIEMENT

Veillez contacter votre distributeur Regal Prosthetics pour plus d'informations.

PRIX

Veillez contacter votre distributeur Regal Prosthetics pour plus d'informations.

- Les prix sont sujets à changement sans préavis.
- Ces prix n'incluent pas les taxes de vente ou droits de douane applicables.
- Les frais de transport seront prépayés et ajoutés à la facture.
- Les frais de transport standard n'incluent pas l'assurance.

ANNULATIONS DE COMMANDE

Les commandes peuvent être annulées dans les **48 heures** suivant la soumission de la commande, sans pénalité.



Les commandes annulées après la fabrication d'une première prothèse d'essai entraînera une facturation de 50 % du montant initiale de la commande lorsque la prothèse d'essai est retournée. **Si la prothèse d'essai n'est pas renvoyée dans les 30 jours, le montant total de la commande initiale sera facturé.**

FRAIS DE SERVICE

Veillez contacter votre distributeur Regal Prosthetics pour plus d'informations.

RETOURS

- Les prothèses définitives sont spécifiquement **non** retournables.
- Les frais de transport pour l'envoi original demeurent la responsabilité du client sauf si l'erreur se trouve à être un produit incorrectement expédié.
- Vérifier toutes les commandes dès la réception. Contactez votre distributeur local Regal Prosthetics (Cascade Orthopedic Supply Inc. ou OrtoPed ULC) dans les cinq 5 jours ouvrables s'il y a erreurs ou dommages.

REPRÉSENTATION

Cascade Orthopedic Supply, Inc. et OrtoPed ULC déclarent spécifiquement que les prothèses adaptées au membre résiduel de Regal ne sont **pas** fabriquées sur mesure. Il est de la responsabilité du prothésiste et/ou de l'établissement de soins aux patients qui effectue l'envoi de demandes de remboursement de déterminer et de soumettre le bon codage selon toutes les règles et directives établies.

REGAL®

RECOUVREMENTS ANATOMIQUES
DE SILICONE À HAUTE DÉFINITION



TÉLÉPHONE

1.800.363.8726

TÉLÉCOPIEUR

1.800.663.8817

COURRIEL

ventes@ortoped.ca

WEB

www.ortoped.ca