

CLINIQUE : \_\_\_\_\_

DATE : \_\_\_\_\_

CONTACT : \_\_\_\_\_

N° BON DE COMM. : \_\_\_\_\_

COURRIEL : \_\_\_\_\_

N° COMPTE : \_\_\_\_\_

**Informations sur le patient :**

PATIENT : \_\_\_\_\_

SEXE : \_\_\_\_\_

1) Inscrire les dimensions modifiées pour le modèle applicable (en mm) dans les cases ci-dessous.

2) Indiquez les modifications directement sur la prothèse d'essai.

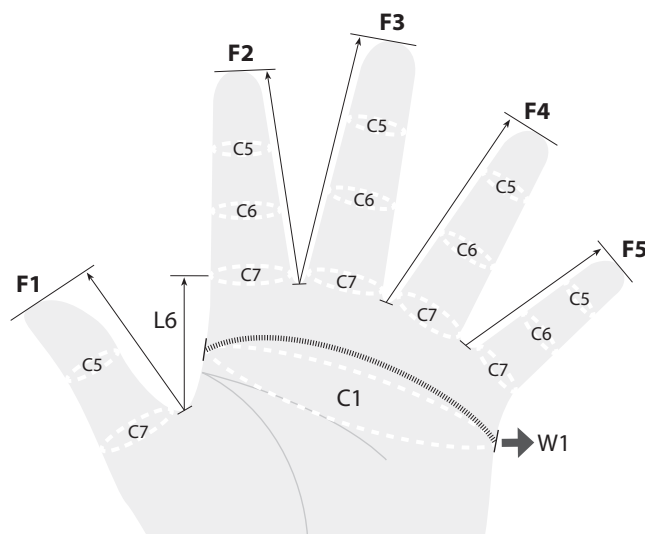
**PROTHÈSE :** ☐ Prothèse d'essai numéro : \_\_\_\_\_  
☐ Procéder à la prothèse définitive suivant les modifications  
☐ Procéder à la prothèse définitive sans modifications

**TAILLE :** ☐ Exacte  
☐ Modifications nécessaires (*indiquer ci-dessous*)

**CÔTÉ :** ☐ Gauche  
☐ Droit

**COULEUR :** ☐ Exacte  
☐ Changer pour : \_\_\_\_\_

**REPLISSAGE :** ☐ N'a pas été modifié  
☐ A été modifié

**MODÈLES 200C / 200Cxx / 20x****MODIFICATIONS NÉCESSAIRES** (*indiquer en mm*)

| M<br>A<br>I<br>N           | CIRCONFÉRENCE |      | LONGUEUR |      |      |      | LARGEUR |      |      |      |
|----------------------------|---------------|------|----------|------|------|------|---------|------|------|------|
|                            | C1            |      | L6       |      |      |      | W1      |      |      |      |
|                            | + mm          | - mm | + mm     | - mm | + mm | - mm | + mm    | - mm | + mm | - mm |
|                            |               |      |          |      |      |      |         |      |      |      |
| D<br>O<br>I<br>G<br>T<br>S | F1            |      | F2       |      | F3   |      | F4      |      | F5   |      |
|                            | + mm          | - mm | + mm     | - mm | + mm | - mm | + mm    | - mm | + mm | - mm |
|                            | C5            |      |          |      |      |      |         |      |      |      |
|                            | C6            |      |          |      |      |      |         |      |      |      |
|                            | C7            |      |          |      |      |      |         |      |      |      |
|                            | L             |      |          |      |      |      |         |      |      |      |

**Commentaires :**

TÉLÉPHONE

1.800.363.8726

TÉLÉCOPIEUR

1.800.663.8817

COURRIEL

ventes@ortoped.ca

WEB

www.ortoped.ca