

Nom du patient :

N° dossier :

Applicateur :

N° appareil :

Société/Organisme :

Date commande :

Essais :

Livraison :

Age :

Poids :

Activité :

Faible

Moyenne

Forte

Coté :

G

D

Type de structure :

Appareil plein Appareil à embrasses

Appareil mono montant postérieur et flaps texalium

Appareil plein avec mono montant ext et cuissard souple

Option	Articulation genoux		Articulation cheville	
	Hauteur : _____ mm		Hauteur : _____ mm	
Chausson PP	Interne		Interne	
Chausson carbone	Externe		Externe	
Releveur antérieur	Libre		libre	
Releveur postérieur	Polycentrique		A butée	
Autre :	Verrou HOFA		A ressort	
	Désignation :		Tourillon	
	Fournisseur :		Désignation :	
	Réf :		Réf :	
	Autre :		Autre :	

Couleur	Verni	Garnissage
Carbone/Carbone	Brillant	Podocolor 2mm
Texalium	Bleu	Cuir
Carbone/Bleu	Rouge	Autre :
Carbone/Gris	Vert	
	Or	
	Argent	

Autres informations:

