

**INFORMATION DU PATIENT**

Nom de Famille: \_\_\_\_\_ Prénom: \_\_\_\_\_  
 Âge: \_\_\_\_\_ Sexe: \_\_\_\_\_ Poids: \_\_\_\_\_ Grandeur: \_\_\_\_\_  
 Occupation: \_\_\_\_\_ Activités Physiques: \_\_\_\_\_

**LE DIAGNOSTIQUE**

Jambe:  Droite      Instabilité genou:  LCA       LLI (Modèle Lca)       OA médial (Condition de varus)  
 Gauche       LCP       LLE (Modèle Lca)       OA latéral (Condition de valgus)

Date et type d'intervention chirurgicale (si applicable): \_\_\_\_\_

Patient moulé par: \_\_\_\_\_ Téléphone: \_\_\_\_\_

**LE DÉCOUPE DE L'ORTHÈSE**

LCA       Découpe cuisse       Renforcit cuisse  
 LCP       Découpe tibia       Renforcit tibia  
 OA médial (Condition de varus)       OA latéral (Condition de valgus)

**LA LONGUEUR DE L'ORTHÈSE**

Cuisse:  7"       8"       Courroie LCP  
 Tibia:  6"       7"       8"  
 Coquille tibia:  Coquille antérieure       Coquille postérieure

**LINER**

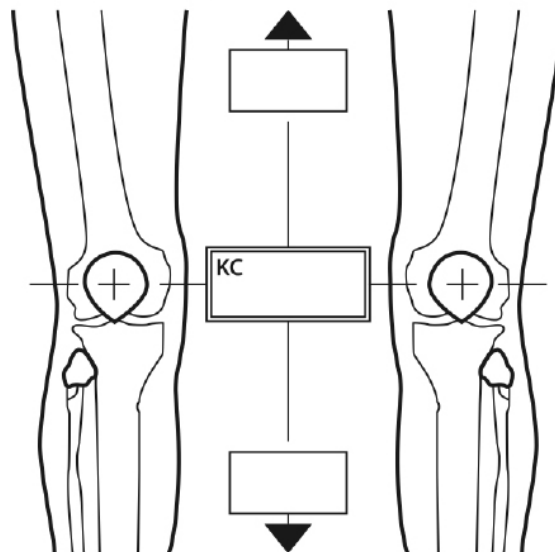
Evazote       Anti-migration en néoprène

Arrêt d'extension: \_\_\_\_\_ °      Arrêt de flexion: \_\_\_\_\_ °

(\*Si aucune indication, l'articulation sera fixée à 0° d'extension)

Notes:

utiliser CE DESSIN pour indiquer des instructions spéciales



**OPTIONS DE COULEUR:**

Couleur #: \_\_\_\_\_ 1. Noir 2. Bleu Marine 3. Beige 4. Rouge 5. Blanc 6. Papier transfert

**OPTIONS DE FACTURATION**

No de commande: \_\_\_\_\_

Facturer à: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

Ville: \_\_\_\_\_ Prov./État: \_\_\_\_\_

Code Postal: \_\_\_\_\_ Pays: \_\_\_\_\_

**INSTRUCTIONS D'EXPÉDITION**

Expédier à: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

Ville: \_\_\_\_\_ Prov./État: \_\_\_\_\_

Code Postal: \_\_\_\_\_ Pays: \_\_\_\_\_

Expédition:  Standard  Accéléré  Jour suivant