

PRISE DE MESURE
VÊTEMENT COMPRESSIF SUR MESURE

JAMBE

NOVATEX MEDICAL
4 rue de l'Innovation
59 124 ESCAUDAIN
Tél. : +33 (0)3 74 01 03 97
Fax : +33 (0)3 27 24 09 88
commande@novatex-medical.com
www.novatex-medical.com

PATIENT

Nom :
en majuscules

Prénom :

Homme Femme Enfant garçon
 fille

N° S.S :

PATHOLOGIE

GRAND BRULÉ

COLORIS

ROSE
 GRIS NOIR
 PARME TAUPE
 CHAIR BLEU

PRESCRIPTEUR

Nom :

Ville :

MOUSSE

OUI

EMPLACEMENT

PRISE DE MESURES

Effectuées par :

Date :

MODÈLE

DROITE GAUCHE

ÉLASTIQUE

SIMPLE
 ANTI-GLISSE

COMMENTAIRES / REMARQUES

FERMETURE ÉCLAIR

OUI EMPLACEMENT
 NON

CHAUSSETTE ATTENANTE

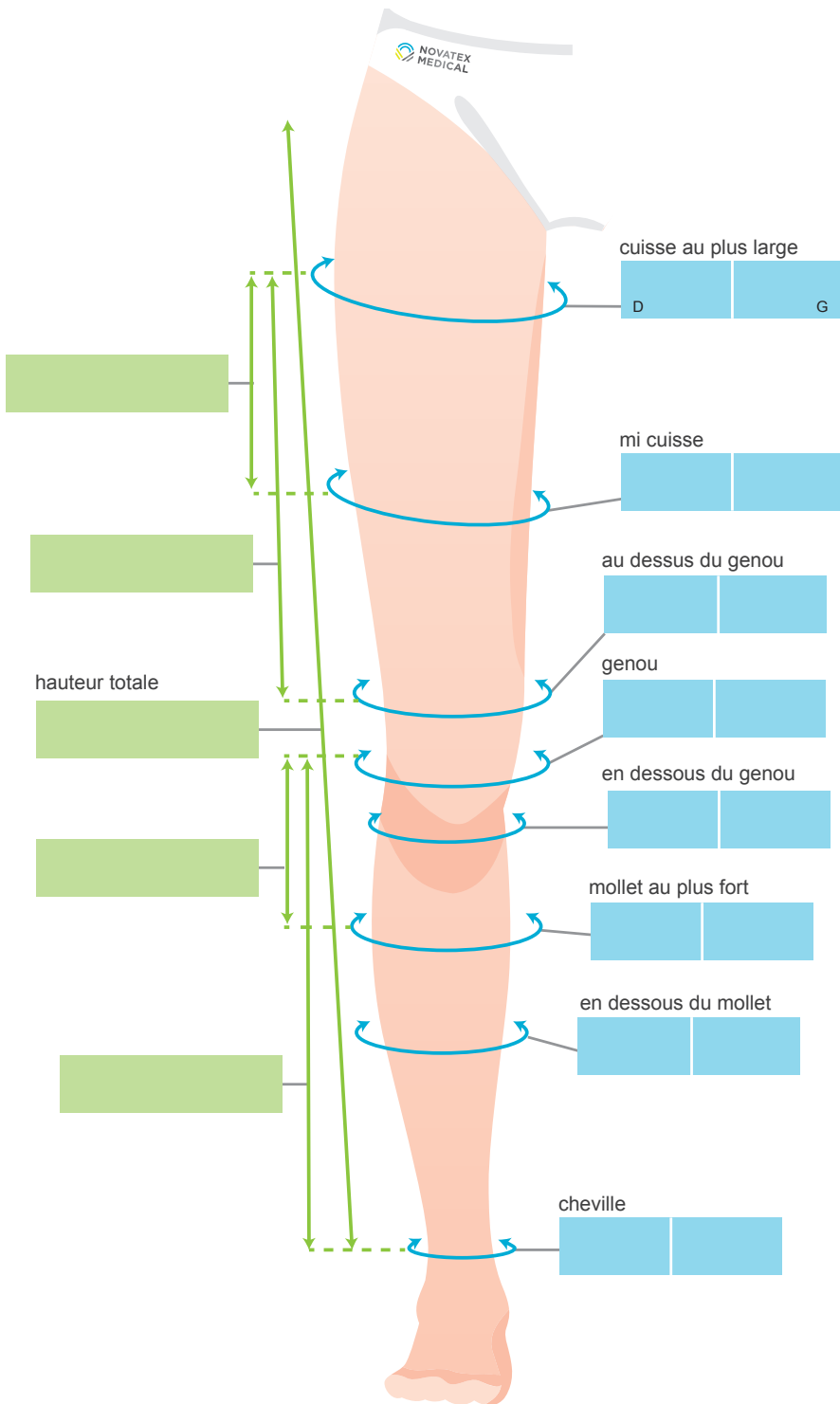
À LIVRER POUR LE / /

ÂGE	<input type="text"/>
TAILLE	<input type="text"/>
POIDS	<input type="text"/>

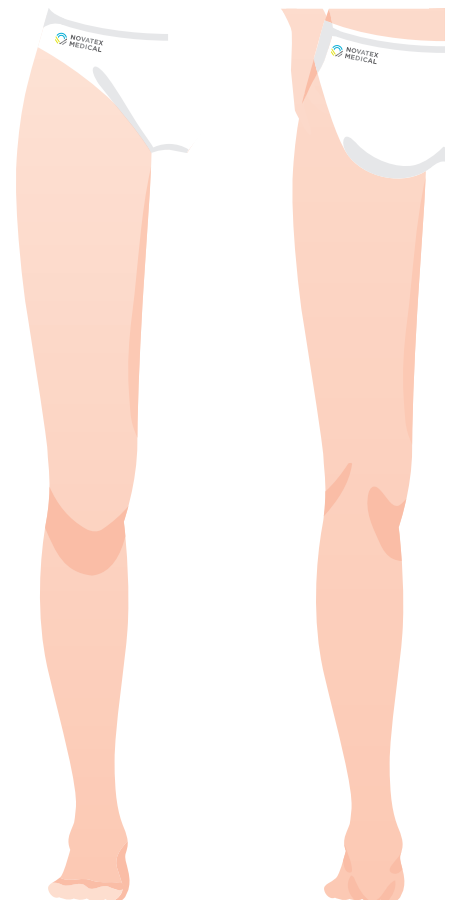
Vert — hauteur
longueur
largeur

Bleu — Circonférence

G = Gauche
D = Droite



Dessiner les zones cicatricielles et/ou brûlées sur les dessins ci-contre.
Vous pouvez ajouter une partie en novagrip sur la zone cicatricielle



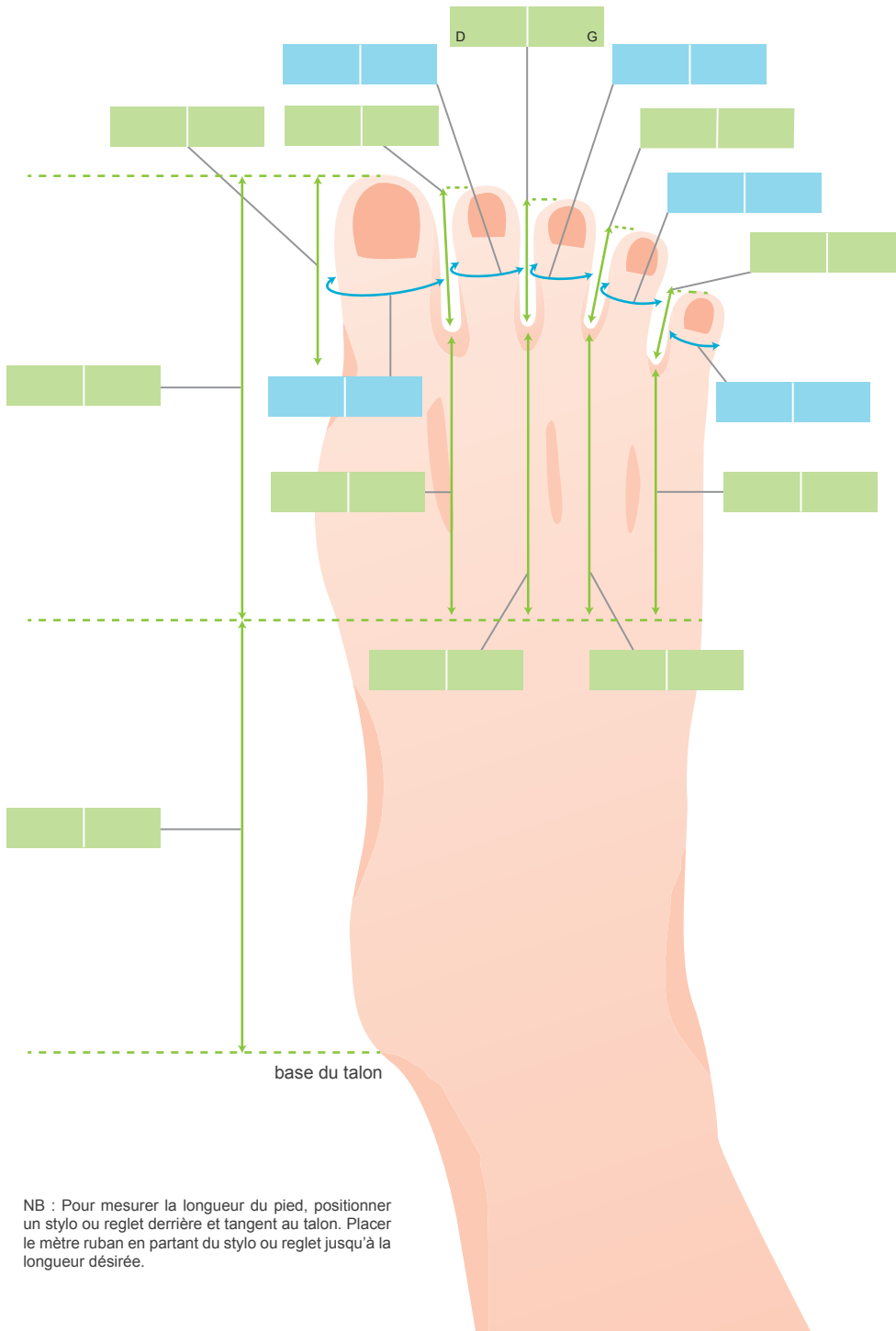
vue de devant

vue de derrière

Nom, Prénom & date de naissance:

Orthopédie:

GANT DE PIED

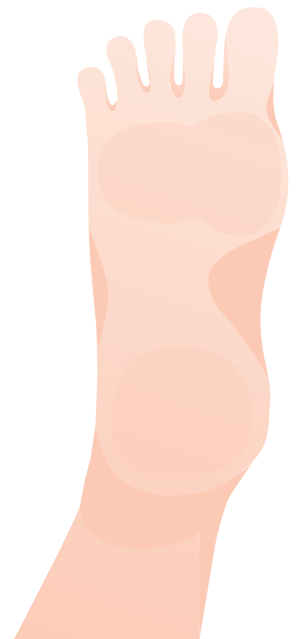
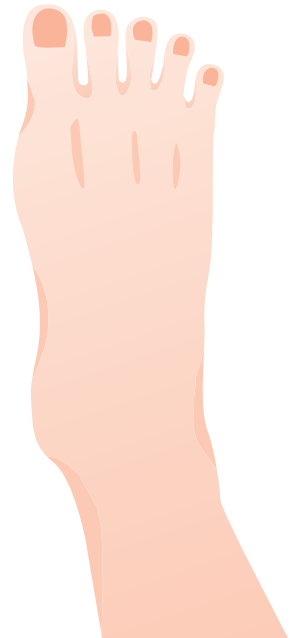


Vert — hauteur
longueur
largeur

Bleu — Circonférence

G = Gauche
D = Droite

Dessiner les zones cicatricielles et/ou brûlées sur les dessins ci-contre.
Vous pouvez ajouter une partie en novagrip sur la zone cicatricielle



NB : Pour mesurer la longueur du pied, positionner un stylo ou reglet derrière et tangent au talon. Placer le mètre ruban en partant du stylo ou reglet jusqu'à la longueur désirée.

Nom, Prénom & date de naissance:
Orthopédie:

PRISE DE MESURE
VÊTEMENT COMPRESSION SUR MESURE

MANCHON

NOVATEX MEDICAL
4 rue de l'Innovation
59 124 ESCAUDAIN
Tél. : +33 (0)3 74 01 03 97
Fax : +33 (0)3 27 24 09 88
commande@novatex-medical.com
www.novatex-medical.com

PATIENT

Nom :
en majuscules

Prénom :

Homme Femme Enfant garçon
 fille

N° S.S :

PATHOLOGIE

GRAND BRULÉ

COLORIS

ROSE
 GRIS NOIR
 PARME TAUPE
 CHAIR BLEU

PRESCRIPTEUR

Nom :

Ville :

MOUSSE

OUI

EMPLACEMENT

PRISE DE MESURES

Effectuées par :

Date :

MODÈLE

DROITE GAUCHE

COMMENTAIRES / REMARQUES

ÉLASTIQUE

SIMPLE
 ANTI-GLISSE

FERMETURE ÉCLAIR

OUI NON
 EXTERNE INTERNE

À LIVRER POUR LE

/ /

GANT ATTENANT

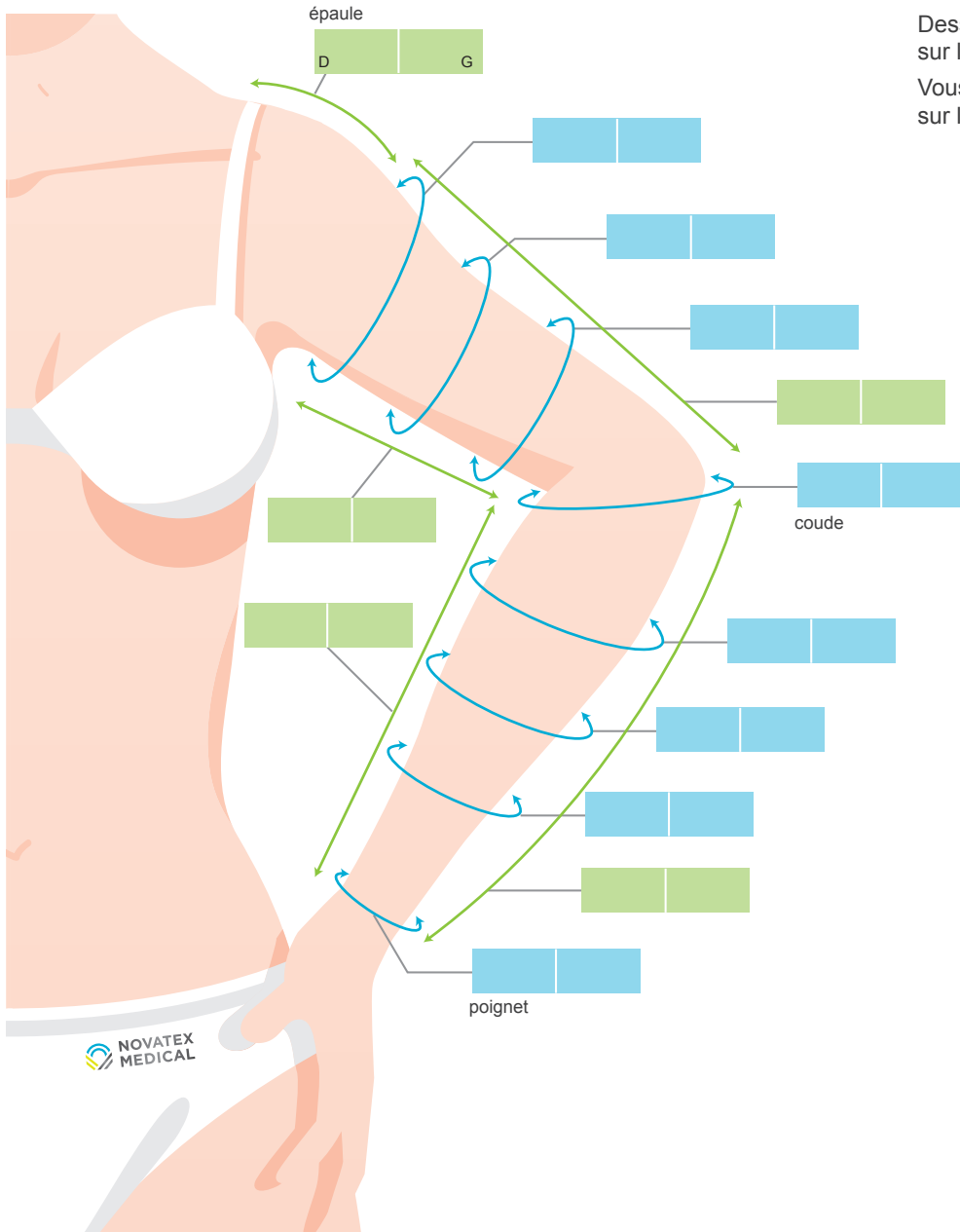
MITAINE ATTENANTE

ÂGE	<input type="text"/>
TAILLE	<input type="text"/>
POIDS	<input type="text"/>

Vert — hauteur
longueur
largeur

Bleu — Circonférence

G = Gauche
D = Droite



Dessiner les zones cicatricielles et/ou brûlées sur les dessins ci-contre.

Vous pouvez ajouter une partie en novagrip sur la zone cicatricielle



Nom, Prénom & date de naissance:

Orthopédie:

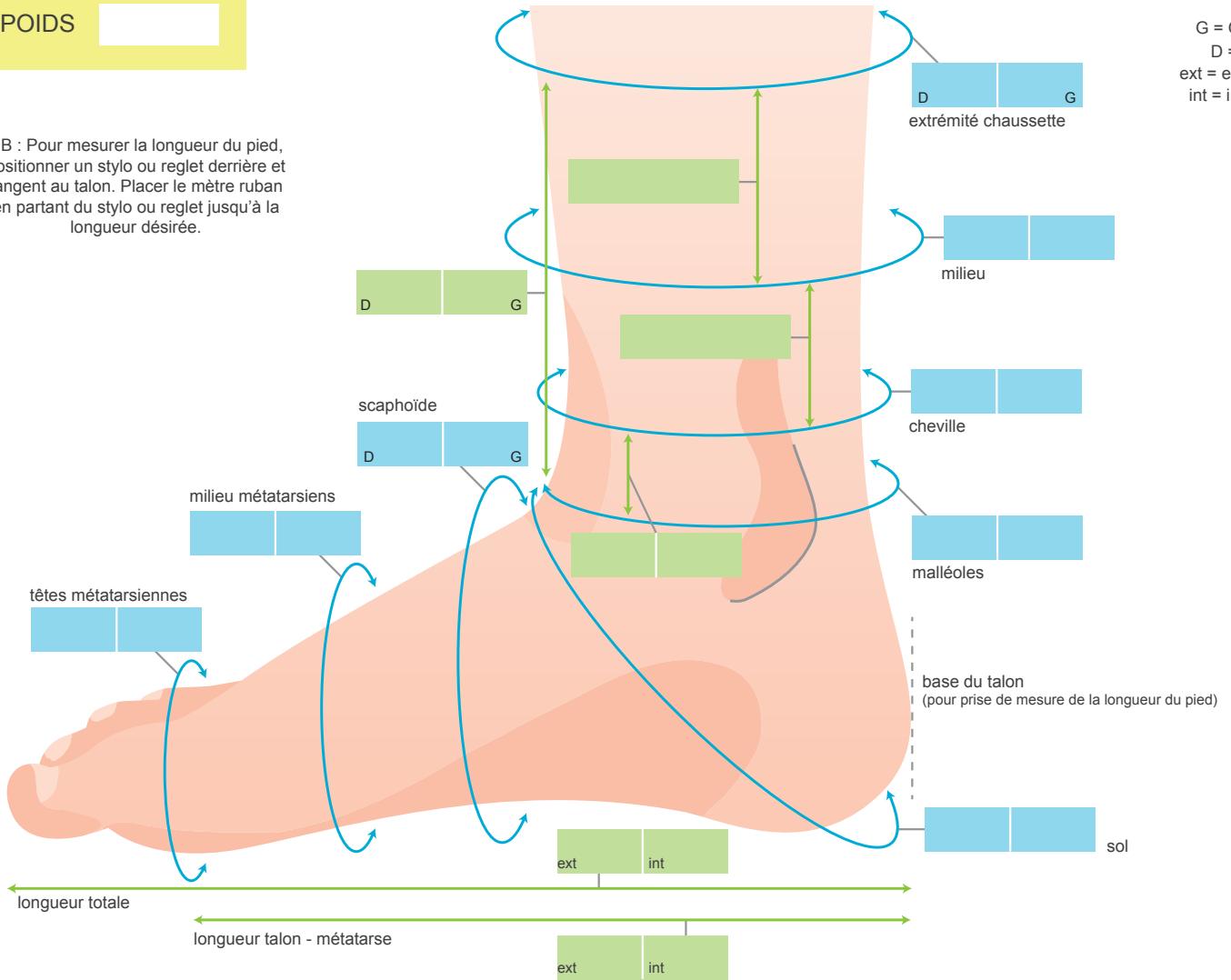
ÂGE	<input type="text"/>
TAILLE	<input type="text"/>
POIDS	<input type="text"/>

Vert — hauteur
longueur
largeur

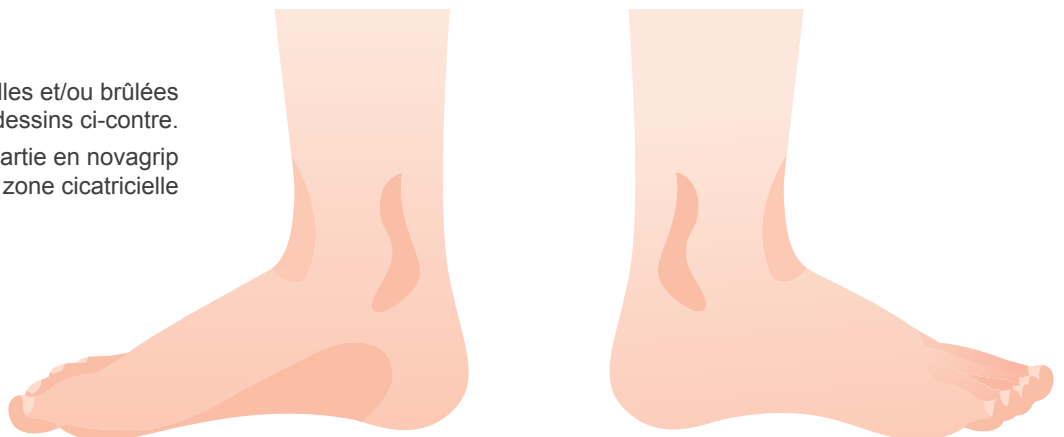
Bleu — Circonférence

G = Gauche
D = Droite
ext = extérieur
int = intérieur

NB : Pour mesurer la longueur du pied, positionner un stylo ou reglet derrière et tangent au talon. Placer le mètre ruban en partant du stylo ou reglet jusqu'à la longueur désirée.



Dessiner les zones cicatricielles et/ou brûlées sur les dessins ci-contre.
Vous pouvez ajouter une partie en novagrip sur la zone cicatricielle



Nom, Prénom & date de naissance:
Orthopédie:

PRISE DE MESURE
VÊTEMENT COMPRESSION SUR MESURE

GANT

PATIENT

Nom :

en majuscules

Prénom :

Homme

Femme

Enfant

garçon
filles

N° S.S. :

PATHOLOGIE

GRAND BRULÉ

COLORIS

GRIS

PARME

CHAIR

ROSE

NOIR

TAUPE

BLEU

PRESCRIPTEUR

Nom :

Ville :

MOUSSE

OUI

EMPLACEMENT

PRISE DE MESURES

Effectuées par :

Date :

MODÈLE

DROITE

FERMÉ

OUVERT

MITAINE

GAUCHE

FERMÉ

OUVERT

MITAINE

COMMENTAIRES / REMARQUES

NOVAGRIP

EN EXTERNE

OUI

EN CONTACT PEAU

OUI

FERMETURE ÉCLAIR

OUI

NON

EXT

MILIEU

INT

DOS

PALMAIRE

À LIVRER POUR LE

 / /

GANT

ÂGE

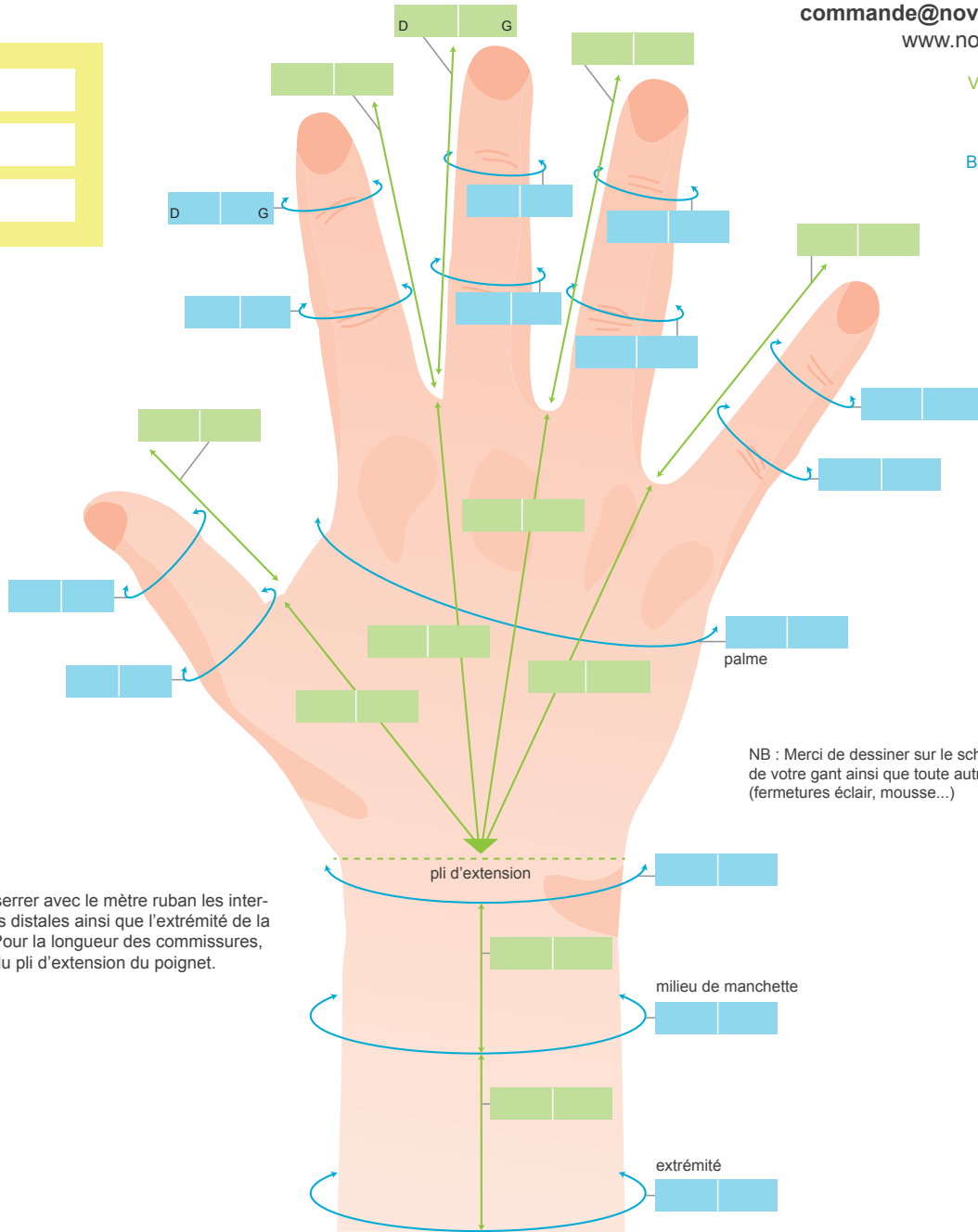
TAILLE

POIDS

Vert — hauteur
longueur
largeur

Bleu — Circonférence

G = Gauche
D = Droite



NB : Merci de dessiner sur le schéma les contours de votre gant ainsi que toute autre adjonction (fermetures éclair, mousse...)

NB : Ne pas serrer avec le mètre ruban les interphalangiennes distales ainsi que l'extrémité de la manchette. Pour la longueur des commissures, partir du pli d'extension du poignet.

face dorsale

face palmaire



Dessiner les zones cicatricielles et/ou brûlées sur les dessins ci-contre.

Vous pouvez ajouter une partie en novagrip sur la zone cicatricielle

Nom, Prénom & date de naissance:

Orthopédie:

PRISE DE MESURE
VÊTEMENT COMPRESSIF SUR MESURE

GILET

NOVATEX MEDICAL
4 rue de l'Innovation
59 124 ESCAUDAIN
Tél. : +33 (0)3 74 01 03 97
Fax : +33 (0)3 27 24 09 88
commande@novatex-medical.com
www.novatex-medical.com

PATIENT

Nom :
en majuscules

Prénom :

Homme Femme Enfant garçon
 fille
 supp poitrine

N° S.S :

PRESCRIPTEUR

Nom :

Ville :

PRISE DE MESURES

Effectuées par :

Date :

COMMENTAIRES / REMARQUES

À LIVRER POUR LE / /

PATHOLOGIE

GRAND BRULÉ

COLORIS

GRIS
 PARME
 CHAIR
 BLEU
 ROSE
 NOIR
 TAUPE

DENTELLE

AUCUNE
 GRIS
 PARME
 CHAIR
 NOIR
 TAUPE
 ROSE

ÉLASTIQUE

GRIS NOIR
 CHAIR TAUPE
 PARME PRUNE

FERMETURE ÉCLAIR

DEVANT
 DERRIÈRE
 AUTRE

COL

ROND
 EN «V»
 OFFICIER

MANCHES

SANS
 COURTES
 LONGUES

MOUSSE

OUI
 EMPLACEMENT

DOUBLURE MICROFIBRE

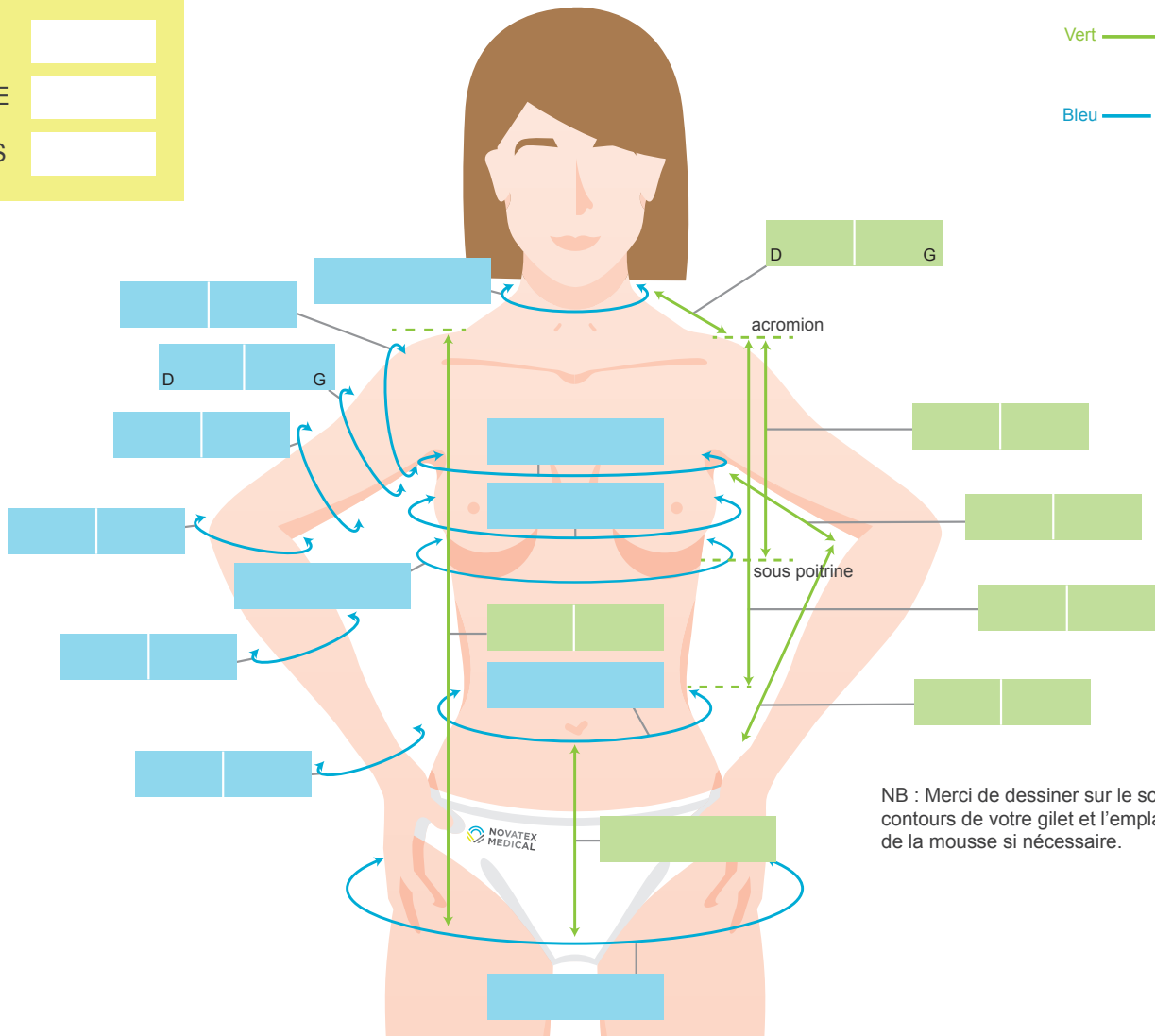
COUDE
 AUTRE

ÂGE	<input type="text"/>
TAILLE	<input type="text"/>
POIDS	<input type="text"/>

Vert — hauteur
longueur
largeur

Bleu — Circonférence

G = Gauche
D = Droite

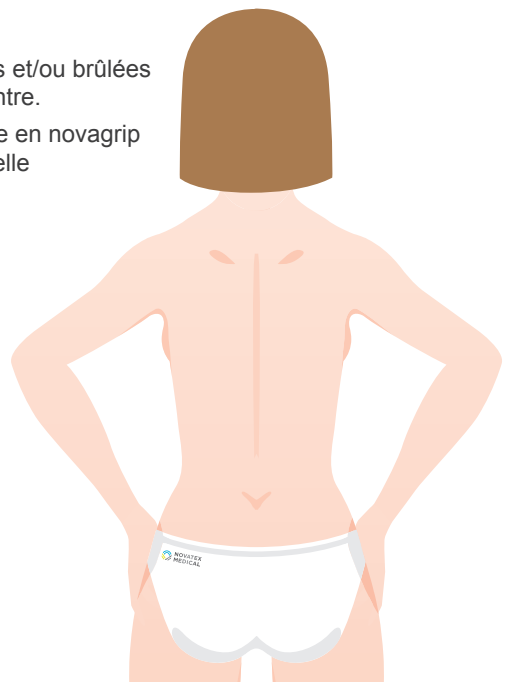


NB : Merci de dessiner sur le schéma les contours de votre gilet et l'emplacement de la mousse si nécessaire.



Dessiner les zones cicatricielles et/ou brûlées sur les dessins ci-contre.

Vous pouvez ajouter une partie en novagrip sur la zone cicatricielle



Nom, Prénom & date de naissance:

Orthopédie:

PRISE DE MESURE
VÊTEMENT COMPRESSION SUR MESURE

SHORT PANTY

NOVATEX MEDICAL
4 rue de l'Innovation
59 124 ESCAUDAIN
Tél. : +33 (0)3 74 01 03 97
Fax : +33 (0)3 27 24 09 88
commande@novatex-medical.com
www.novatex-medical.com

PATIENT

Nom :
en majuscules

Prénom :

Homme Femme Enfant garçon
 fille

N° S.S :

PATHOLOGIE

GRAND BRULÉ

COLORIS

GRIS ROSE
 PARME NOIR
 CHAIR TAUPE
 BLEU

DOUBLURE MICROFIBRE

OUI

EMPLACEMENT

ÉLASTIQUE

GRIS NOIR
 PARME TAUPE
 CHAIR PRUNE

JAMBES

SANS
SUPPLÉMENT
 JAMBES
COURTES
 JAMBES
LONGUES

OUVERTURE ENTREJAMBES

OUI
 NON

OPTION

PTOSE ABDOMINALE
 POCHE KANGOUROU

FERMETURE ÉCLAIR

OUI EMPLACEMENT

PRESCRIPTEUR

Nom :

Ville :

PRISE DE MESURES

Effectuées par :

Date :

COMMENTAIRES / REMARQUES

À LIVRER POUR LE

/ /

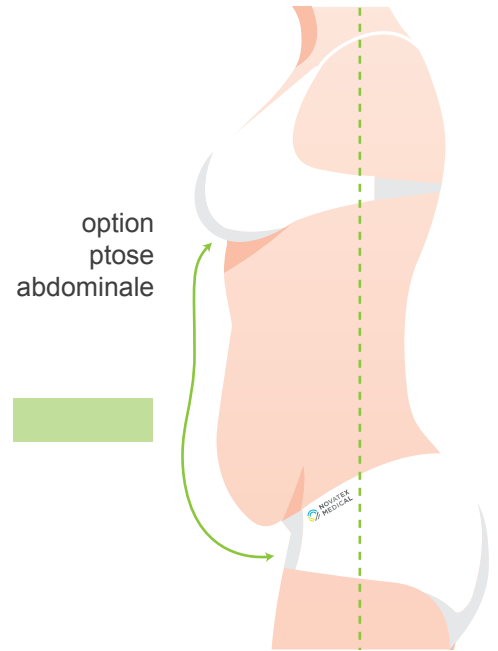
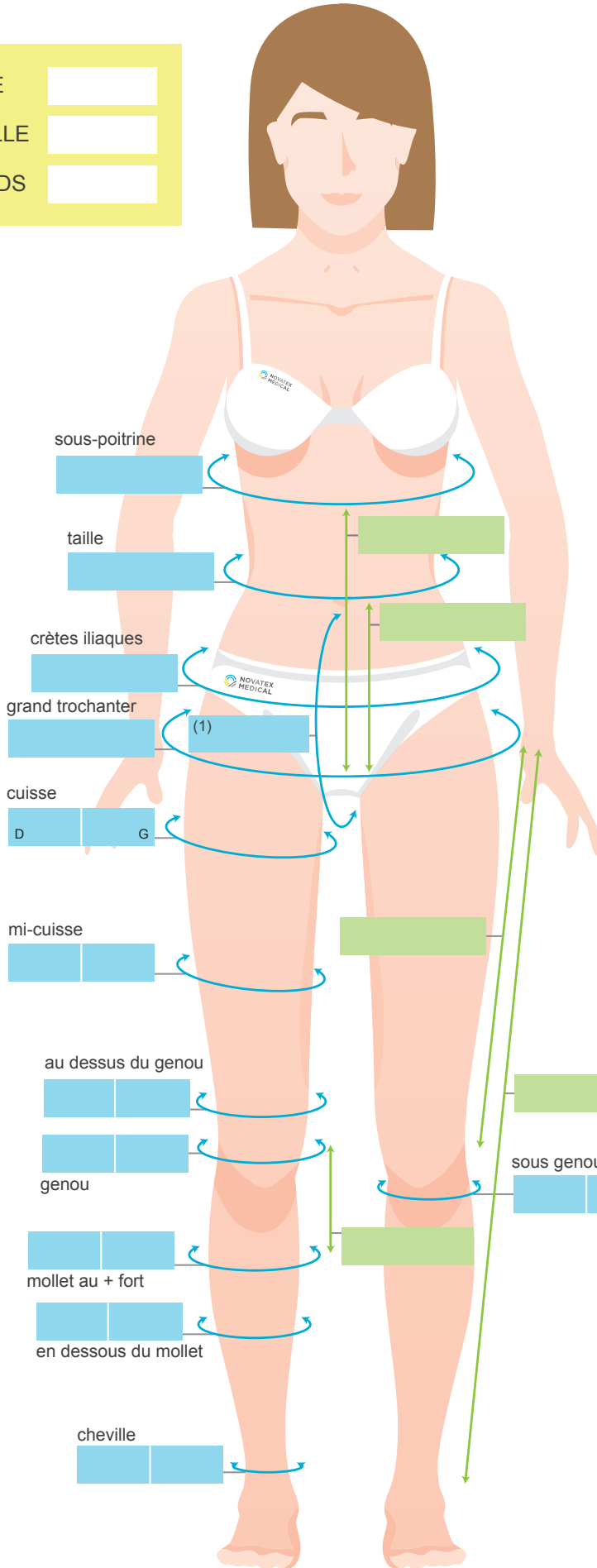
ÂGE	<input type="text"/>
TAILLE	<input type="text"/>
POIDS	<input type="text"/>

Vert — hauteur
longueur
largeur

Bleu — Circonférence

G = Gauche
D = Droite

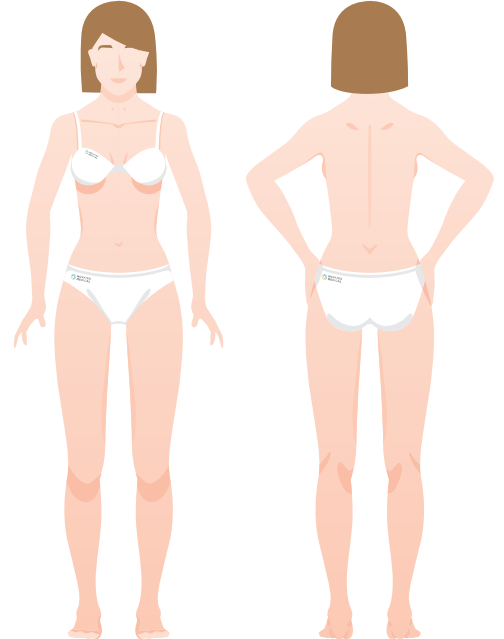
(1) Fourche totale (Taille - Taille)



NB : Merci de dessiner sur le schéma les contours de votre panty, ainsi que les microfibres et/ou mousses et/ou fermetures éclair si nécessaire.

vue de face

vue de dos



Dessiner les zones cicatricielles et/ou brûlées sur les dessins ci-contre.

Vous pouvez ajouter une partie en novagrip sur la zone cicatricielle

Nom, Prénom & date de naissance:

Orthopédie:

CAGOULE & MENTONNIÈRE

PRISE DE MESURE
VÊTEMENT COMPRESSIONNÉ SUR MESURE

NOVATEX MEDICAL
4 rue de l'Innovation
59 124 ESCAUDAIN
Tél. : +33 (0)3 74 01 03 97
Fax : +33 (0)3 27 24 09 88
commande@novatex-medical.com
www.novatex-medical.com

PATIENT

Nom :
en majuscules

Prénom :

Homme Femme Enfant garçon
 fille

N° S.S :

PATHOLOGIE

GRAND BRULÉ

COLORIS

GRIS
 PARME
 CHAIR
 BLEU
 ROSE
 NOIR
 TAUPE

PRESCRIPTEUR

Nom :

Ville :

PRISE DE MESURES

Effectuées par :

Date :

CAGOULE

OUVERTE FERMÉE
 MENTONNIÈRE

COMMENTAIRES / REMARQUES

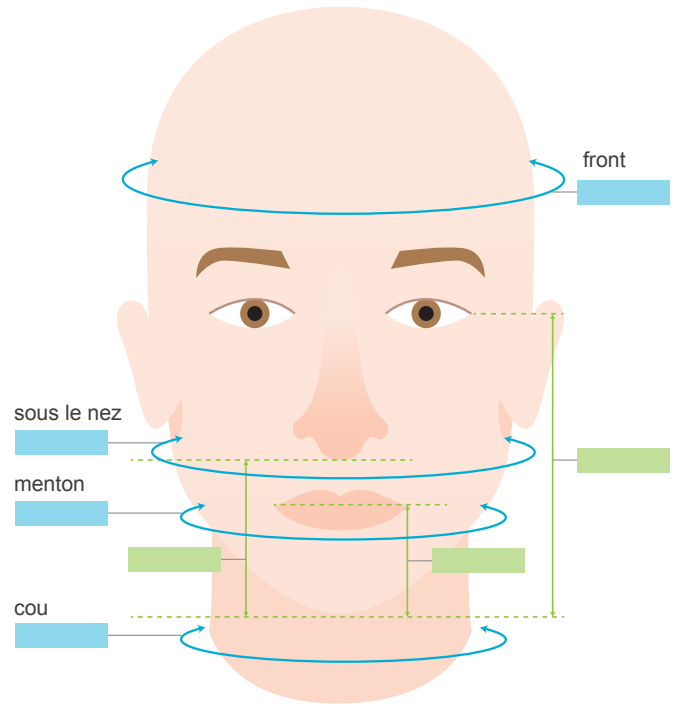
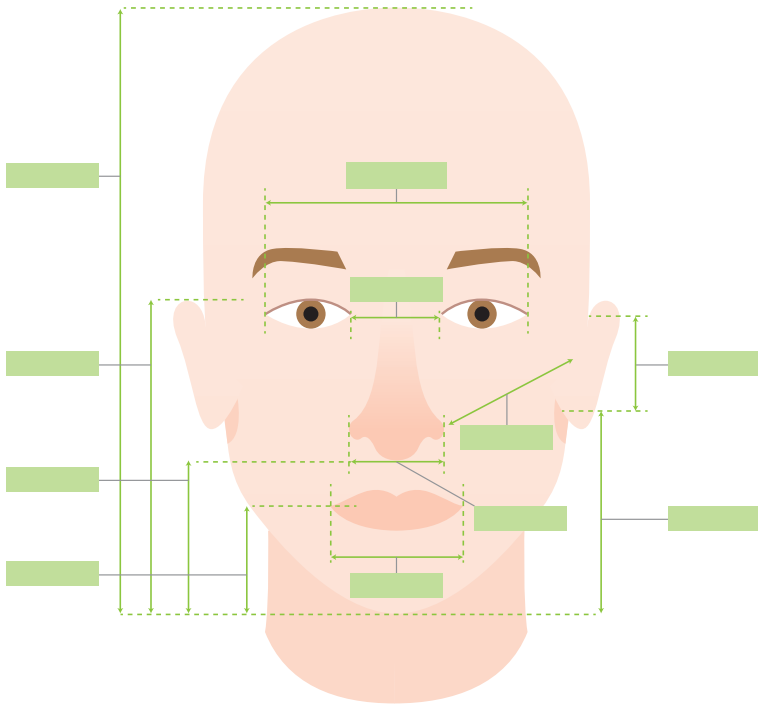
FERMETURE ÉCLAIR

OUI EMPLACEMENT

À LIVRER POUR LE / /

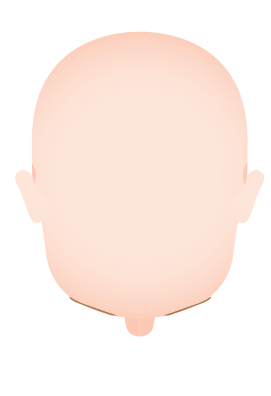
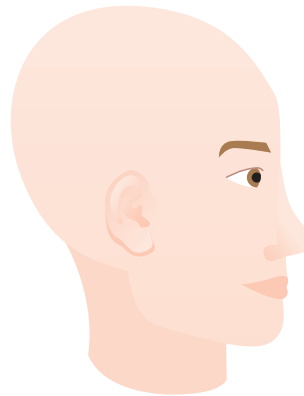
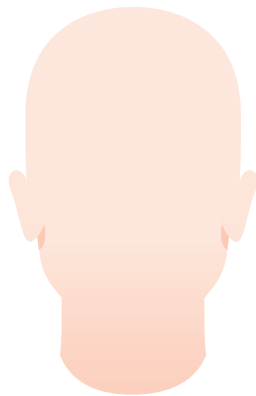
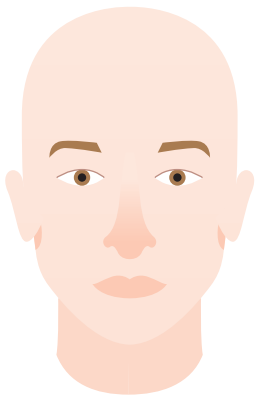
ÂGE	<input type="text"/>
TAILLE	<input type="text"/>
POIDS	<input type="text"/>

Vert ——— hauteur
longueur
largeur
Bleu ——— Circonférence



vue de dos

vue du dessus



Dessiner les zones cicatricielles et/ou brûlées sur les dessins ci-contre.
Vous pouvez ajouter une partie en novagrip sur la zone cicatricielle

Nom, Prénom & date de naissance:
Orthopédie: