

PRISE DE MESURES  
VÊTEMENT COMPRESSIONNÉ 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](mailto:commande@novatex-medical.com)  
[www.novatex-medical.com](http://www.novatex-medical.com)

### PATIENT

Nom :   
en majuscules

Prénom :

Homme  Femme  Enfant  garçon  
 fille

N° S.S :

### PATHOLOGIE

SED

### COLORIS

NOIR  
 TAUPE  
 ROSE  
 BLEU

### DOUBLURE MICROFIBRE

OUI  
EMPLACEMENT

### PRESCRIPTEUR

Nom :

Ville :

### PRISE DE MESURES

Effectuées par :

Date :

### COMMENTAIRES / REMARQUES

À LIVRER POUR LE  /  /

### ÉLASTIQUE

NOIR  
 GRIS  
 PRUNE  
 CHOCOLAT  
 TAUPE

### OUVERTURE ENTREJAMBES

OUI  
 NON

### JAMBES

SANS SUPPLÉMENT  
 JAMBES COURTES  
 JAMBES LONGUES

### OPTION

PTOSE ABDOMINALE  
 POCHE KANGOUROU

### FERMETURE ÉCLAIR

OUI EMPLACEMENT

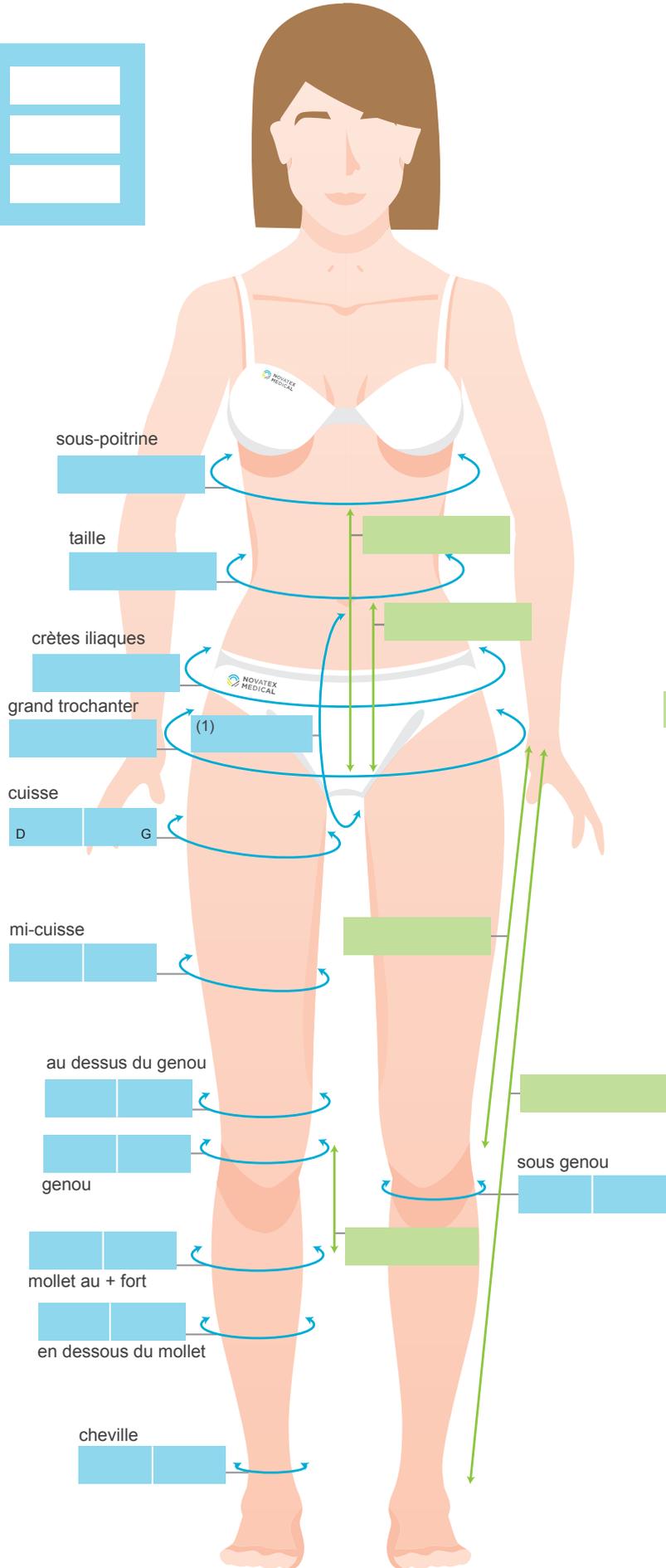
ÂGE	<input type="text"/>
TAILLE	<input type="text"/>
POIDS	<input type="text"/>

Vert — hauteur  
longueur  
largeur

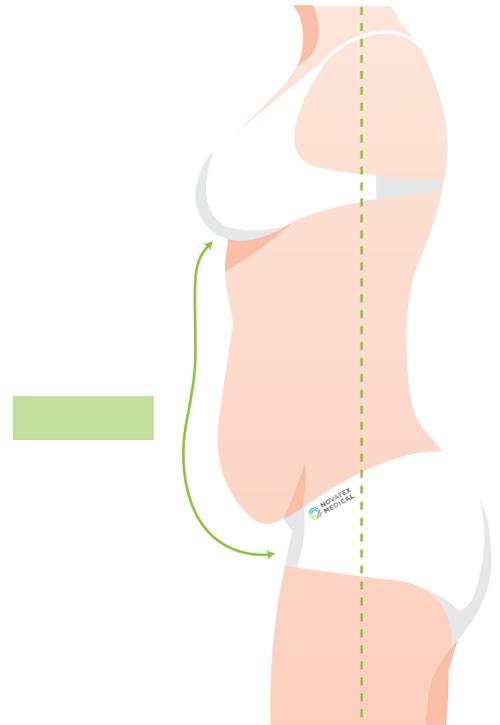
Bleu — Circonférence

G = Gauche  
D = Droite

(1) Fourche totale (Taille - Taille)



option ptose abdominale



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.

Nom, Prénom & date de naissance: .....

Orthopédie: .....

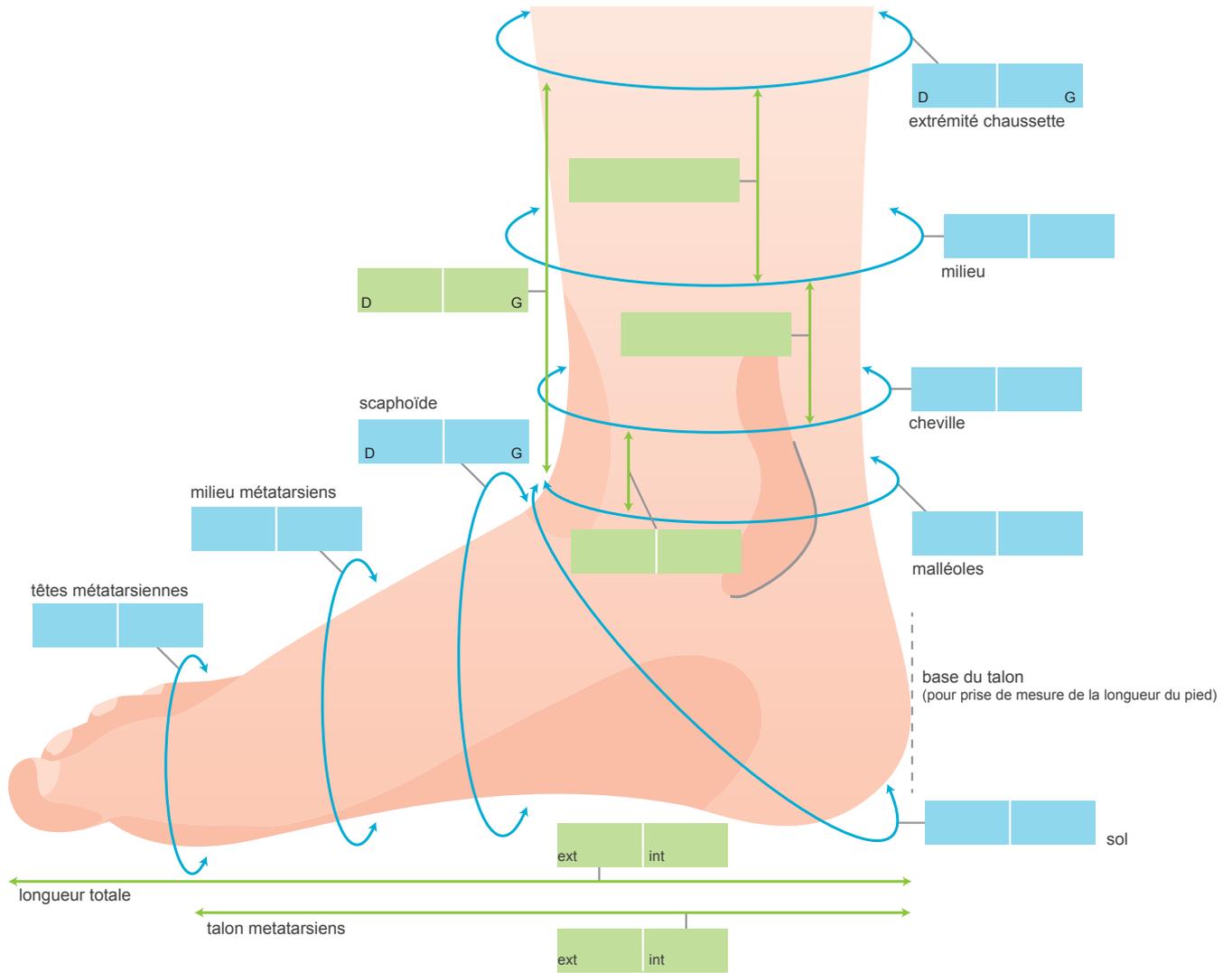


ÂGE	<input type="text"/>
TAILLE	<input type="text"/>
POIDS	<input type="text"/>

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.

Nom, Prénom & date de naissance: .....  
Orthopédie: .....

PRISE DE MESURES  
VÊTEMENT COMPRESSIONNÉ SUR MESURE

**GANT**

**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](mailto:commande@novatex-medical.com)  
[www.novatex-medical.com](http://www.novatex-medical.com)

**PATIENT**

Nom :   
en majuscules

Prénom :

Homme  Femme  Enfant  garçon  
 fille

N° S.S :

**PATHOLOGIE**

SED

**COLORIS**

NOIR  
 TAUPE  
 ROSE  
 BLEU

**MOUSSE**

OUI  
EMPLACEMENT

**PRESCRIPTEUR**

Nom :

Ville :

**PRISE DE MESURES**

Effectuées par :

Date :

**COMMENTAIRES / REMARQUES**

À LIVRER POUR LE  /  /

**MODÈLE**

DROITE  GAUCHE  
 FERMÉ  FERMÉ  
 OUVERT  OUVERT  
 MITAINE  MITAINE

**ADHÉRENCE**

NOVAGRIP  
 NOVAPIKO

**FERMETURE ÉCLAIR**

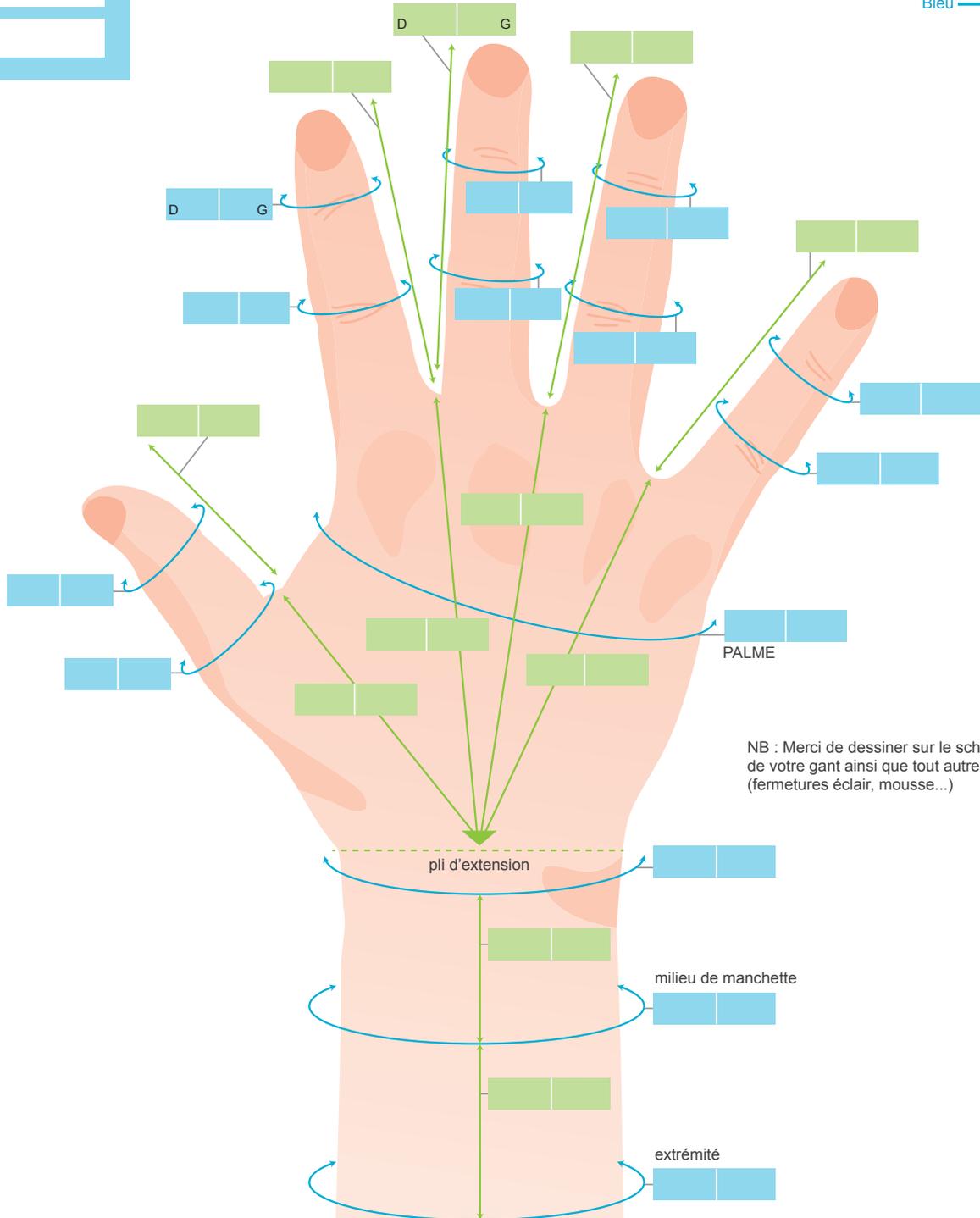
OUI  EXT  
 NON  INT  
 MILIEU  
 DOS  
 PALMAIRE

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 gant ainsi que tout autres adjonctions (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 au pli d'extension du poignet.

Nom, Prénom & date de naissance: .....

Orthopédie: .....



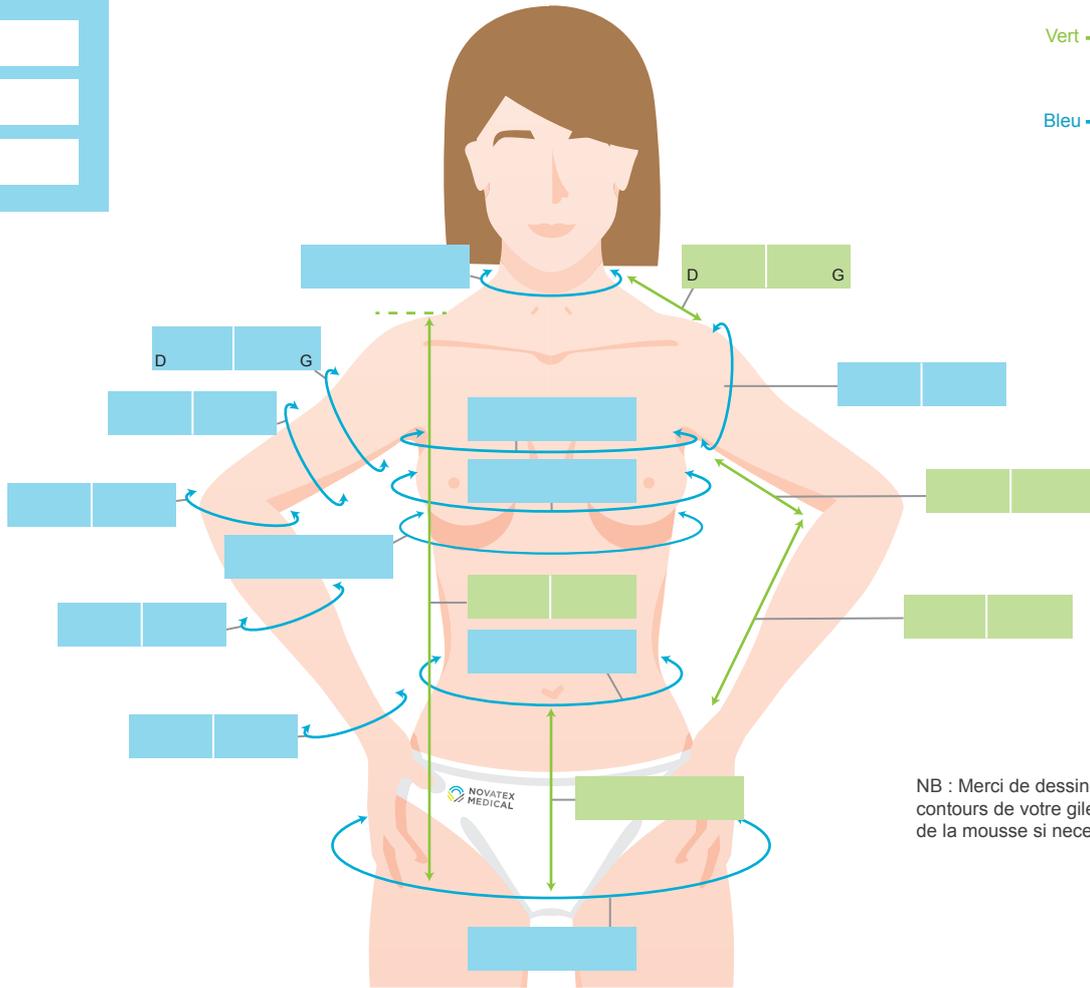
# GILET

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

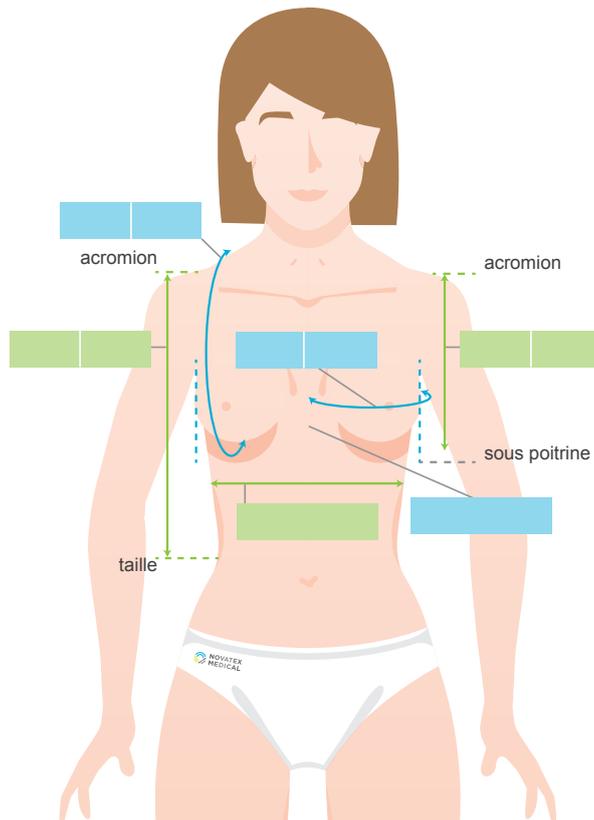
Vert — hauteur  
longueur  
largeur

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.



Nom, Prénom & date de naissance: .....

Orthopédie: .....