



FR

Tel. 0800 90 25 99

Fax 0800 90 19 60

E-Mail vente@juzo.fr



Bon de commande

 Devis uniquement

8659LYFRA042020

Client (Tampon)		Informations patient(e)		<input type="checkbox"/> Des photos suivent par mail ¹
		Commission ² :		
		N° de commande précédente / Date :		
No. client :	Date :	Quantité :	<input type="checkbox"/> Pièce <input type="checkbox"/> Paire	<input type="checkbox"/> Femme <input type="checkbox"/> Homme <input type="checkbox"/> Autre

<input type="checkbox"/> Bras gauche Circonférences (c) et longueurs (P) en cm	Circonférences (c) en cm · Longueurs (P) en cm	<input type="checkbox"/> Bras droite Circonférences (c) et longueurs (P) en cm
cG	PCG	cG
cF	PCF	cF
cE	PCE	cE
cD	PCD	cD
cC'	PCC'	cC'
cC		cC

au moins 6 au moins 6

Modèle Bras
<input type="checkbox"/> Juzo SoftCompress Bras (Art. 6822)
Coupure proximale
<input type="checkbox"/> Coupure en biais <input type="checkbox"/> Coupure droite (pour des lymphoedèmes nous recommandons la coupure en biais)

<input type="checkbox"/> Main gauche	<input type="checkbox"/> Main droite
Circonférences (c) et longueurs (P) en cm	
cA	cA
PAC	PAC
cC	cC

<input type="checkbox"/> Jambe gauche	Circonférences (c) et longueurs (P) en cm	<input type="checkbox"/> Jambe droite
cG		cG
cF		cF
cE		cE
cD		cD
cC		cC
cB'		cB'
cB		cB
cY		cY
cA		cA

Longueurs en cm	
Jambe gauche	Jambe droite
P G :	P G :
P F :	P F :
P E :	P E :
P D :	P D :
P C :	P C :
P B' :	P B' :
P B :	P B :

.....PA.....
Longueur du pied (du talon à « cA »)

.....PZ.....
Longueur totale du pied (uniquement en pied fermé)

Modèle Jambe
<input type="checkbox"/> Juzo SoftCompress Mollet (Art. 6830)
<input type="checkbox"/> Juzo SoftCompress Jambe entière (Art. 6820)
Coupure proximale
<input type="checkbox"/> Coupure en biais (pour des lymphoedèmes nous recommandons la coupure en biais)
Pied
<input type="checkbox"/> Plante de pied ouverte
<input type="checkbox"/> Plante de pied fermée
<input type="checkbox"/> Pointe fermée
<input type="checkbox"/> Pointe ouverte
<input type="checkbox"/> Coupure distale en biais (merci de nous donner les longueurs interne et externe)
<input type="checkbox"/> Coupure distale droite

Demande spéciale (en caractères d'imprimerie) :

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

¹ Si le nom du patient est indiqué, l'entreprise responsable atteste que l'autorisation conforme au droit en vigueur pour la transmission et le traitement des données a été préalablement requise auprès du patient concerné.² En vue d'être en conformité avec la protection des données en cas de collecte, nous recommandons uniquement d'envoyer une photo en cas de situations anatomiques complexes.