

FICHE DE PRISE DE MESURE

A COMPLETER PAR VOUS-MÊME :

Email membre « d'un pas léger » : _____

A COMPLETER PAR LE PROFESSIONNEL DE SANTE

Date :

Nom : _____ Prénom : _____

Sexe du patient : Femme Homme

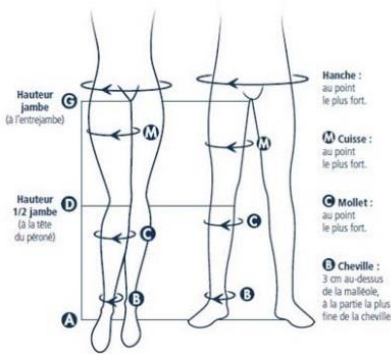
Profil du patient : Le patient remplit tous les critères suivants (à cocher) :

- Porteur de compression en classe 2
- Insuffisant veineux ou souffrant de maladie thrombo-embolique
- disposant d'une ordonnance (joindre une copie)

Contre-indication médicale au port de certains modèles (à cocher si patient concerné) :

- Chaussettes
- Bas
- Collants

Mensurations du patient, en cm (compléter le plus d'infos possibles) :



Cheville (b)	
Mollet (c)	
Cuisse (m)	
Hanche	
Hauteur de ½ jambe (AD)	
Hauteur de jambe (AG)	
Pointure	

Cachet du professionnel de santé