

PRESCRIPTION MÉDICALE

Tricotage rectiligne sur mesure

PATIENT

Nom _____ Prénom _____ Date de naissance _____

Utilisation Bandages compressifs sur mesure, tricotage rectiligne

- N° LiMA :**
- 17.15.01.00.1 Jambe
 - 17.15.02.00.1 Main
 - 17.15.03.00.1 Bras
 - 17.15.04.00.1 Tronc
 - 17.15.05.00.1 Tête / cou

- Compression avec plusieurs produits** oui non
- Côté du corps** gauche droit deux côtés
- Classe de compression** Ccl 1 Ccl 2 Ccl 3 Ccl 4

- Indication**
- Lymphœdème (stades 2-3)
 - Lymphœdème avec une composante artérielle (MAOP)
 - Œdème du bas abdomen / génital
 - Œdème de la paroi thoracique / poitrine
 - Lipœdème (stades 2-3)
 - Lipo-lymphœdème (stades 2-3)
 - Phlébo-lymphœdème (stades 2-3)
 - Œdème causé par l'inactivité lorsque la forme ou le volume de la jambe le nécessite
 - Œdème chronique après un geste de revascularisation
 - Insuffisance veineuse chronique aux stades C5 / 6, si un produit à maillage circulaire n'est pas possible en raison de la masse de la jambe
 - Insuffisance veineuse chronique chez les patients immobilisés à long terme
 - Prise en charge d'une chéloïde
 - Traitement des cicatrices après brûlures, brûlures dues à un ébouillement ou interventions chirurgicales
 - Autres :

Modèle / Exécution



Couvre-orteils



Chaussette



Bas mollet



Bas mi-cuisse



Bas cuisse



Collant



Legging



Bermuda

Quantité :
(veuillez cocher)



Short



Hémicollant



Jambière



Manchon



Gant



Manchon avec main

Quantité :
(veuillez cocher)

Autre modèle, remarques complémentaires :

Aides d'enfilage

- Gants en caoutchouc spéciaux
- Aide au glissement
 - Motif :**
le / la patient(e) n'est pas en mesure de mettre ou d'enlever ses bas de compression seul(e).
- Cadre / manchette circulaire
 - Motif :**
le / la patient(e) ne peut pas utiliser l'aide au glissement en raison d'une mobilité réduite.

Prescription de la gamme de produit :

Motif : _____

┌ _____ ┐

Numéro RCC

└ Cachet du cabinet médical / Adresse du médecin ┘ _____

Date, Signature du médecin