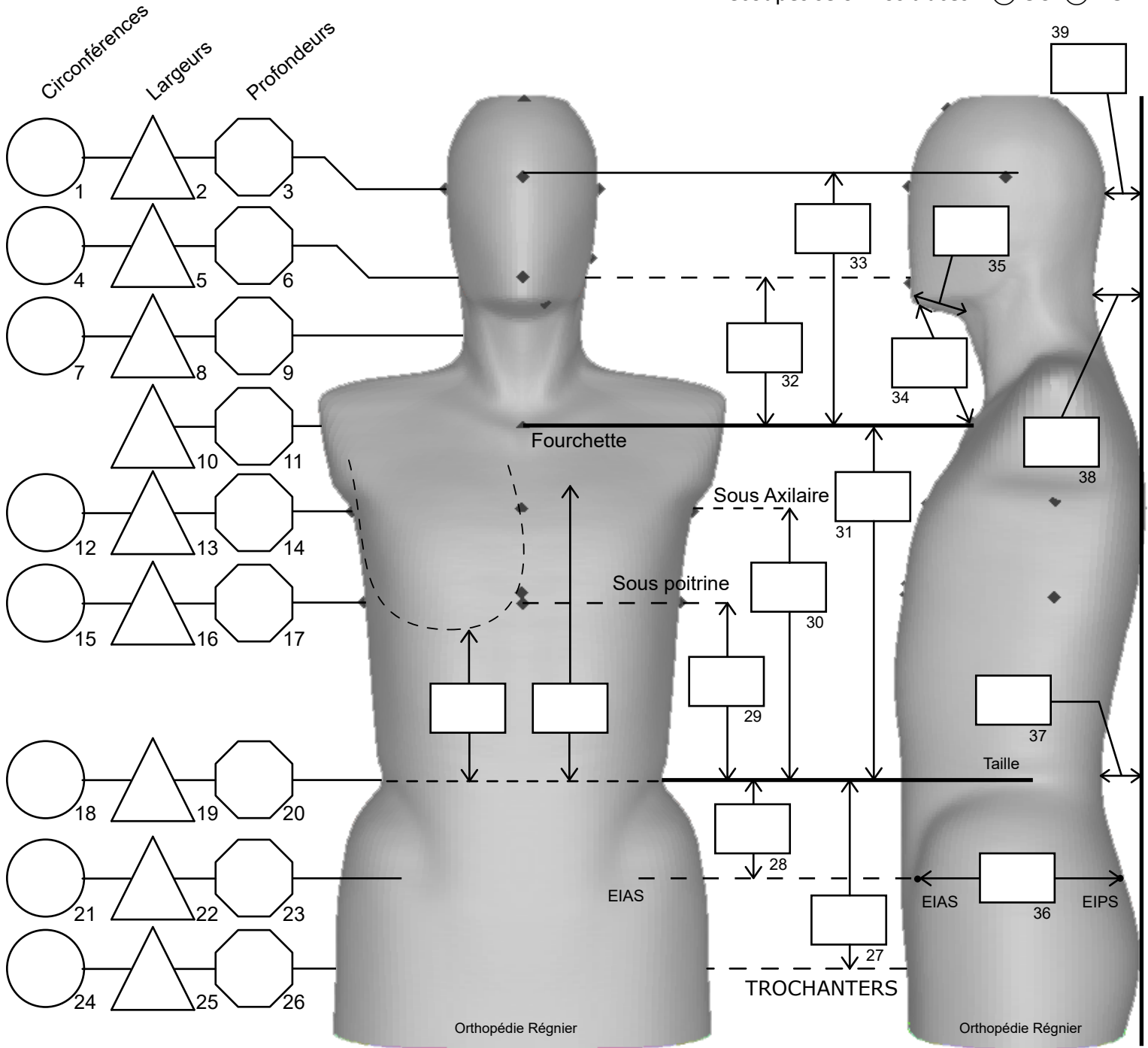


Entreprise ou centre : .....  
 Orthoprothésiste : .....  
 Nom du patient : .....  
 Prénom du patient : .....  
 Date de retour souhaitée : ...../...../.....



Tampon de l'entreprise ou centre :

Photos numériques jointes :  OUI  NON  
 Découpes selon vos tracés :  OUI  NON



Epaules: <input type="checkbox"/> Tombantes <input type="checkbox"/> Droites		Profil de la tête: <input type="checkbox"/> En avant <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> En arrière			
Age : <input type="text"/>	Sexe : <input type="radio"/> Masculin <input type="radio"/> Féminin	<input type="radio"/> TR 39 <input type="radio"/> TR 59 <input type="radio"/> TR 49 <input type="radio"/> TR 79	<input type="radio"/> Monovalve <input type="radio"/> Bi-valve	Mesures prises : <input type="radio"/> Couché <input type="radio"/> Debout	Profondeur de la lordose finale : <input type="text"/>
Rectifier en :	<input type="radio"/> Ventre plat <input type="radio"/> Ventre moyen <input type="radio"/> Gros ventre <input type="radio"/> Gros ventre tombant	<input type="radio"/> Poitrine faible <input type="radio"/> Poitrine moyenne <input type="radio"/> Poitrine forte <input type="radio"/> Poitrine tombante	<input type="radio"/> Fesses plates <input type="radio"/> Fesses moyennes <input type="radio"/> Fesses fortes	<input type="radio"/> Épaules droites <input type="radio"/> Épaules moyennes <input type="radio"/> Épaules tombantes	