

Nom du patient/n° de dossier de Essity _____ DDN _____ Date _____

Adresse _____ Genre M F

Ville/province/code postal _____

Diagnostic _____

N° du bon de commande	
Commande initiale <input type="checkbox"/>	Renouvellement de commande avec changements <input type="checkbox"/>
Renouvellement de commande exacte <input type="checkbox"/>	N° de schéma _____

Nom de l'ajusteur _____ N° de l'ajusteur _____ Tél. de l'ajusteur _____
 Centre de l'ajusteur _____ Courriel de l'ajusteur _____

Expédier au n° de compte _____ Nom du compte _____
 Adresse _____ Ville _____ Province _____ Code postal _____
 Courriel _____ Tél. _____ Téléc. _____

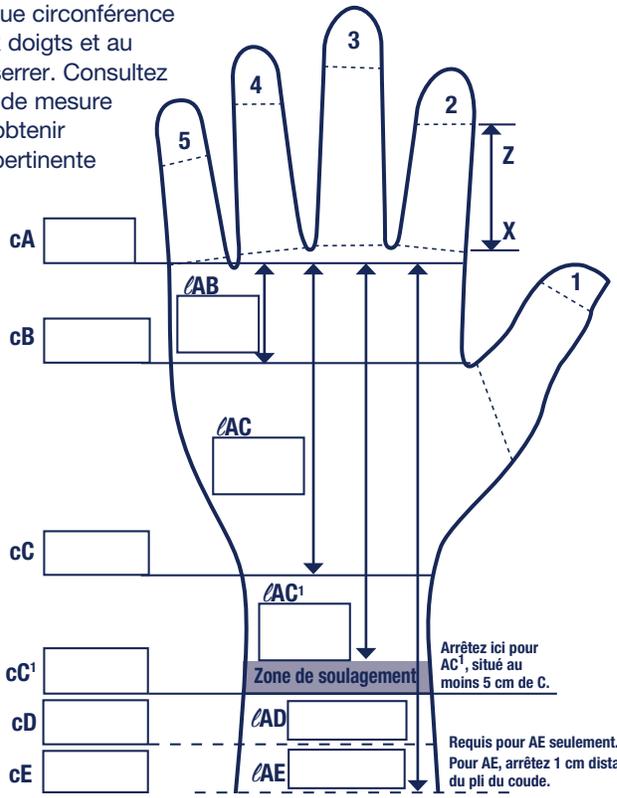
Facturer au n° de compte _____ Nom du compte _____
 Adresse _____ Ville _____ Province _____ Code postal _____
 Courriel _____ Tél. _____ Téléc. _____

N° de téléc. pour confirmation _____ Courriel _____ <small>En choisissant de communiquer par courriel (ci-haut), je reconnais que les renseignements personnels sur la santé liés à cet achat pourraient être transmis par Essity sans être chiffrés.</small>	Qté/Classe	CCL1 (15-21mmHg*)	CCL2 (23-32mmHg*)	CCL2F† (23-32mmHg*)
	Gauche			
	Droit			

<input type="checkbox"/> Elvarex®** <input type="checkbox"/> Elvarex® Plus** <input type="checkbox"/> Beige <input type="checkbox"/> Caramel <small>aprvt Miel</small> <input type="checkbox"/> Marine <input type="checkbox"/> Canneberge <input type="checkbox"/> Rouge <input type="checkbox"/> Noir <input type="checkbox"/> Noisette <small>aprvt Caramel</small> <input type="checkbox"/> Cerise <input type="checkbox"/> Bronze	Elvarex® Soft sans couture <input type="checkbox"/> Beige <input type="checkbox"/> Canneberge <input type="checkbox"/> Cerise <input type="checkbox"/> Noir <input type="checkbox"/> Miel <input type="checkbox"/> Marine
--	--

Modèles <input type="checkbox"/> Gant AC† <input type="checkbox"/> Gant AE jusqu'au coude ≥ 13 cm dépassé le poignet <input type="checkbox"/> Gantelet AC† <input type="checkbox"/> Gantelet AE jusqu'au coude ≥ 13 cm dépassé le poignet	Pochette† (seulement Elvarex) <input type="checkbox"/> Dessus la main <input type="checkbox"/> Paume	Fermeture éclair† (seulement Elvarex) <input type="checkbox"/> Dessus la main <input type="checkbox"/> Paume
--	--	--

Mesurer chaque circonférence à la main, aux doigts et au pouce, sans serrer. Consultez les Directives de mesure JOBST pour obtenir l'information pertinente détaillée.



	Circ. Z	Circ. X	Longueur Z-X min. 1cm
Pouce 1			
Doigt 2			
Doigt 3			
Doigt 4			
Doigt 5			

* Pression nominale
****ATTENTION :** Ce produit contient du latex de caoutchouc naturel qui peut causer des réactions allergiques.
 † Seulement offert en Elvarex®
 Pour obtenir des formulaires de commande additionnels, visitez le site : <http://jobstcompressioninstitute.com/resources/orders>