

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'ajuteur _____ N° de l'ajuteur _____ Tél. de l'ajuteur _____

Centre de l'ajuteur _____ Courriel de l'ajuteur _____

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. _____

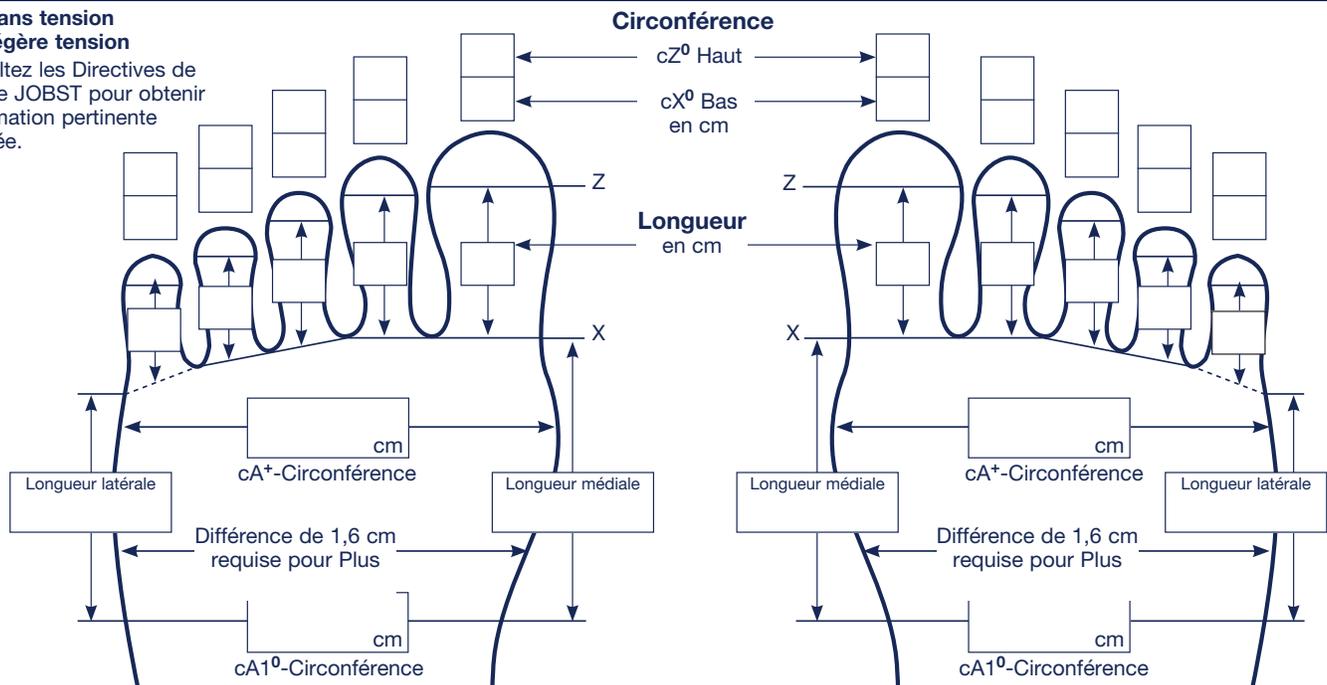
N° de téléc. pour confirmation _____	Qté/Classe	CCL1 (15-21mmHg*)	CCL2 (23-32mmHg*)	CCL3† (34-46mmHg*)
Courriel _____		Gauche		
En choisissant de communiquer par courriel (ci-haut), je reconnais que les renseignements personnels sur la santé liés à cet achat pourraient être transmis par Essity sans être chiffrés.		Droit		

Elvarex®** <input type="checkbox"/> Bronze nouveau! <input type="checkbox"/> Caramel nouveau! <input type="checkbox"/> Beige <input type="checkbox"/> Noir <input type="checkbox"/> Cacao <input type="checkbox"/> Gris <input type="checkbox"/> Marine <input type="checkbox"/> Canneberge	Elvarex® Plus** <input type="checkbox"/> Bronze nouveau! <input type="checkbox"/> Caramel nouveau! <input type="checkbox"/> Beige <input type="checkbox"/> Gris <input type="checkbox"/> Noir <input type="checkbox"/> Rouge <input type="checkbox"/> Canneberge	Elvarex® Soft Seamless <input type="checkbox"/> Beige <input type="checkbox"/> Marine <input type="checkbox"/> Gris <input type="checkbox"/> Cacao <input type="checkbox"/> Noir <input type="checkbox"/> Canneberge <input type="checkbox"/> Cerise
--	--	---

Petit orteil ouvert*** Gauche <input type="checkbox"/> 0,5cm <input type="checkbox"/> 1cm <input type="checkbox"/> 1,5cm Droit <input type="checkbox"/> 0,5cm <input type="checkbox"/> 1cm <input type="checkbox"/> 1,5cm	La circonférence des 5° orteils est requise pour Elvarex® Plus même si l'option du 5° orteil ouvert est choisie.	Petit orteil fermé**** <input type="checkbox"/> Gauche <input type="checkbox"/> Droit
--	--	---

0 sans tension
+ légère tension

Consultez les Directives de mesure JOBST pour obtenir l'information pertinente détaillée.



* Pression nominale † Seulement offert en Elvarex®

** **ATTENTION** : Ce produit contient du latex de caoutchouc naturel qui peut causer des réactions allergiques.

*** Découpe seulement offerte en Elvarex® et Elvarex® Plus. Aucune découpe n'est offerte en Elvarex® Soft Seamless.

Pour obtenir des formulaires de commande additionnels, visitez le site : <http://jobstcompressioninstitute.com/resources/orders>