

## Cachet prescripteur

**ORDONNANCE**

### Patient

Nom :

Prénom :

Tél. :

Le : ...../...../.....

### INDICATIONS DE PRESCRIPTION

- Obésité**
- Éventration**
- Stomie**
- Hernie**
- Morphologie spécifique**  
(volume mammaire, asymétrie, ...)
- Podologie**  
(trouble statique, affection douloureuse, compensation, ...)

### DISPOSITIFS PRESCRITS

- Une ceinture de soutien abdominal (CSA) sur mesures (pour port immédiat temporaire)**

#### Compression veineuse

- ..... **paire(s) de Chaussettes** classe 2 (ou  classe 1 ;  classe 3)
- ..... **paire(s) de Bas AF** classe 2 (ou  classe 1 ;  classe 3)
- ..... **paire(s) de Collants** classe 2 (ou  classe 1 ;  classe 3)

- Une ceinture de maintien abdominal (CMA) sur-mesure BODYNOV avec adjonctions (pour port long terme)**

- Une deuxième ceinture de maintien en mise de secours (pour port continu)**

- Un bilan podologique complet et une paire de semelles orthopédiques si nécessaire**

- Soutien-gorge sur-mesure** (non pris en charge par la sécurité sociale)

Signature :