

# COMPREFLEX NO FOOT

DISPOSITIF DE COMPRESSION AJUSTABLE  
POUR LA JAMBE

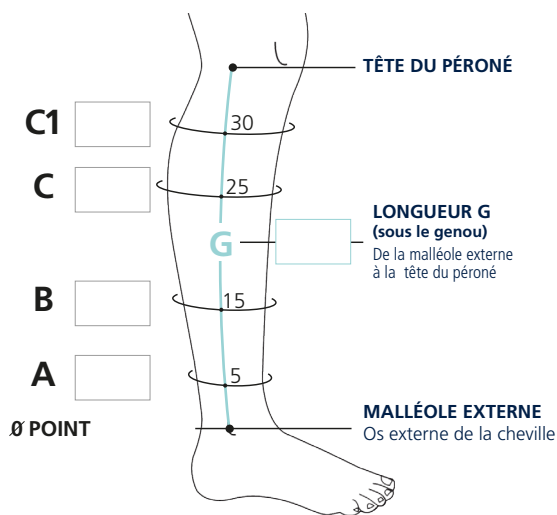


N° client ..... Date .....  
 Nom client ..... Nom patient .....  
 N° tél. ....  Femme  Homme  
 N° fax ..... Age .....  
 Email ..... Poids ..... Taille .....

1<sup>re</sup> prescription  
 Renouvellement  
 N° renouvellement .....

**Taille**  
 Small  Medium  Large  XLarge  XXLarge  
**Longueur**  
 Normal  Long  
**Quantité**

## PRISE DE MESURES (À COMPLÉTER)



Les chiffres (5, 15, 25, 30) indiquent la hauteur (en cm) par rapport au point Ø à laquelle prendre la mesure de circonférence

**TABEAU DE TAILLAGE (cm)**

		SMALL	MEDIUM	LARGE	XLARGE	XXLARGE					
Circonférences	C1	29-39	34-44	40-50	46-56	54-64					
	C	29-39	34-44	40-50	46-56	54-64					
	B	24-34	29-39	34-44	39-49	44-55					
	A	19-26	21-30	26-36	31-41	36-46					
Longueur		NORMAL	LONG	NORMAL	LONG	NORMAL	LONG	NORMAL	LONG	NORMAL	LONG
	G	30-33,9	34-42	30-33,9	34-42	30-33,9	34-42	30-33,9	34-42	30-33,9	34-42

Code ACL du produit correspondant .....

Une prise de mesures par un professionnel de santé est indispensable pour garantir un niveau de compression adapté et une efficacité optimale

**Pour nous contacter :**

E-mail :  
**lymphologie@sigvaris.com**

Téléphone :

**N°Cristal 0 969 395 466**

APPEL NON SURTAXE

8h30 - 12h30 / 14h - 18h - Du lundi au vendredi