Confiance de JOBST® pour membres inférieurs - Formulaire de commande

Nom du patient/Code ID ou N° du dossier _____ DDN _____ Date _____
Adresse _____ Genre M ☐ F ☐
Ville/province/code postal _____
Diagnostic _____ Lymphœdème ☐ Lipœdème ☐

POUR COMMANDER
Courriel : ca.elvarex@essity.com
https://eshop.jobst-ca.com
Tél. : 1 877 978-5526 | 1 877 358-2739
Téléc. : 1 877 978-9703

Nom de l'ajusteur _____ N° de l'ajusteur (facultatif) _____ Tél. de l'ajusteur _____
Établissement de l'ajusteur _____ Courriel _____

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° du bon de commande

Commande initiale ☐ Renouvellement de commande avec changements ☐
Renouvellement de commande exacte ☐ N° de schéma _____

N° de téléc. pour confirmation _____
Courriel _____

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.

Couleur

☐ Beige ☐ Chiné anthracite
☐ Noir ☐ Chiné Jeans
☐ Caramel ☐ Chiné rouge

Modèles

☐ AD Au genou ☐ AB1 Bas ☐ ET Bermuda
☐ AG À la cuisse ☐ BT Capri ☐ AG-HT Culotte à une jambe
☐ AT Bas-culotte ☐ B1T Capri

Quantité/Classe	CCL1 (18-21 mmHg†)	CCL2 (23-32 mmHg†)	CCL3 (34-46 mmHg†)
Gauche			
Droit			

☐ **Pointe ouverte droite††**
Longueur latérale *l*A _____cm
☐ **Pointe fermée droite††**
Longueur totale du pied *l*Z_____cm
☐ **Pointe ouverte oblique**
Longueur médiale *l*A _____cm
Longueur latérale *l*A _____cm
☐ **Pointe fermée oblique**
Longueur médiale *l*A _____cm
Longueur latérale *l*A _____cm
Longueur totale du pied *l*Z_____cm

Options de bande

☐ Sans silicone
☐ Bande SoftFit AD
À noter : il s'agit d'une bande de 5cm

Options de bande AG

☐ Bande à pois de 5 cm avec élévation latérale (standard)

Directives pour la prise des mesures

(Ne s'appliquent qu'à la gamme Confiance)
Consulter le tableau qui suit pour la tension applicable à chaque point de mesure.

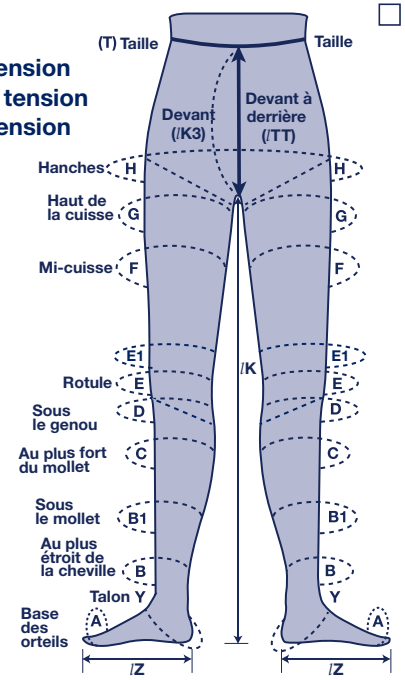
0 sans tension
\+ légère tension
++ forte tension

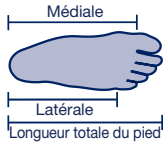
Options

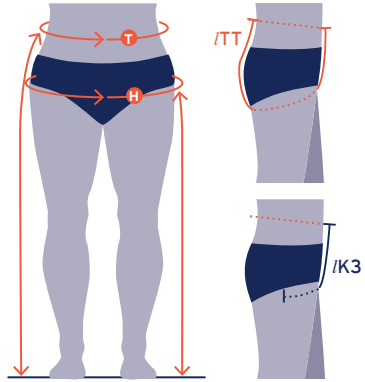
☐ Élévation latérale = 10 % de la circonférence à D/G et n'est pas ajustable (p. ex. si cD/cG est 35 cm, l'élévation latérale sera 3,5 cm)*
☐ Modèle pour homme ☐ avec braguette ☐ sans braguette
☐ Bande florale à la taille de 5 cm pour femme
☐ Taille élastique de 5 cm pour femme
☐ Taille élastique de 4 cm pour homme
☐ Détail décoratif (devant du vêtement)
☐ Init. patient Max. 2 lettres (A à Z) _____
☐ Zone confort à la cheville
☐ Zone confort au genou
☐ Hallux Valgus
(Option à pointe oblique seulement)

Circon. (*c*)	Longueur (*l*)	Longueur (*l*)
*c*T⁰	*l*TT	*l*T
*c*H⁰	*l*K3	*l*H

Circonférence (*c*)		Longueur (*l*): de chaque point de mesure jusqu'au sol	
Gauche	Droit	Gauche	Droit
		*l*K	
*c*G++/+**		*l*G	
*c*F++		*l*F	
*c*E1Δ		*l*E1	
*c*E+		*l*E	
*c*D+/0···		*l*D	
*c*C++		*l*C	
*c*B1++		*l*B1	
*c*B+		*l*B	
*c*Y⁰			
*c*A+ΔΔ			







* uniquement disponible en AD et AG
† pression nominale
Δ cE1 pour bermuda seulement, mesurer 4cm au-dessus du genou
** bande en silicone et bouts droits
††n/a Hallux Valgus
*** pour bande en silicone
ΔΔ si le patient est en position couchée

essity
Essity
1275 North Service Road West, bureau 800
Oakville, ON Canada L6M 3G4
Tél. 1 877 978-5526 Téléc. 1 877 978-9703

136190 64141F R7 © Essity, Produits de santé et d'hygiène, AB, 2022 F22