

NOM DE LA CLINIQUE _____ Date _____

Clinicien _____ Réception du devis _____

Nom du client : _____ Date de livraison : _____

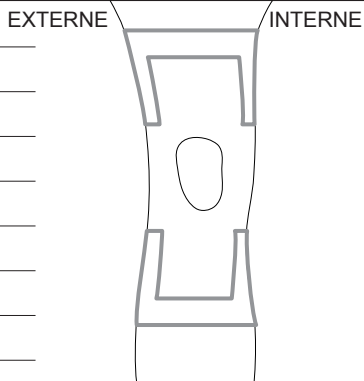
Diagnostique et / ou douleur : _____ Âge : _____ Poids : _____

Activités : _____ Taille : _____

Commentaires : _____

CODE :
NE RIEN INSCRIRE

DEVIS - GENOU

MESURES		Sans compression	Avec compression	Unité	Côté	Partie atteinte	
Prendre à 7" du centre articulaire	ML CONDYLES			<input type="checkbox"/> POUCE	<input type="checkbox"/> GAUCHE	O.A. <input type="checkbox"/> MÉDIALE	
	ML CUISSE						
	ML MOLLET			<input type="checkbox"/> CM	<input type="checkbox"/> DROITE	<input type="checkbox"/> LATÉRALE	
	CIRCONFÉRENCE CUISSE						
	CIRCONFÉRENCE MOLLET						
MODÈLES	<input type="checkbox"/> Équinox	<input type="checkbox"/> Partie molletière postérieure	Longueur de l'orthèse				
	<input type="checkbox"/> Équinox O.A.		<input type="checkbox"/> Régulière	haut 7" bas 7" (mesure à partir du centre articulaire)			
COULEURS	<input type="checkbox"/> Équinox B.K.	<p>***Spécifier la disposition des couleurs sur le croquis</p> <input type="checkbox"/> Charcoal <input type="checkbox"/> Lime <input type="checkbox"/> Mauve <input type="checkbox"/> Feu	<input type="checkbox"/> Courte	haut 6 1/2" bas 6 1/2"			
	<input type="checkbox"/> Éclipse		<input type="checkbox"/> Courte ski	haut 7" bas 6 1/2"			
	<input type="checkbox"/> O.T.F.A. (Syndrome Fémoro-patellaire) Couleur standard NOIR texturé seulement Longueur standard haut 6 1/2" bas 6 1/2"		<input type="checkbox"/> Longue	haut 7 1/2" bas 7 1/2"			
			<input type="checkbox"/> Autres médial	haut _____ bas _____			
			<input type="checkbox"/> Éclipse latéral	haut _____ bas _____			
			Limitateur butée d'extension	<input type="checkbox"/> -5° (régulier) <input type="checkbox"/> -10° <input type="checkbox"/> -15° <input type="checkbox"/> -20°			
			<input type="checkbox"/> Uni	Articulation autre, spécifiez : _____ (\$ extra)			
			<input type="checkbox"/> Dégradé	<input type="checkbox"/> Butée supra-condylienne <input type="checkbox"/> Médiale _____ (épaisseur) <input type="checkbox"/> Latérale _____ (épaisseur)			
			<input type="checkbox"/> Marbré / Camouflage	<input type="checkbox"/> Courroie antérieure cuisse (type L.C.P.)			
			<input type="checkbox"/> Noir	<input type="checkbox"/> Sleeve coolmax (20 \$) <input type="checkbox"/> Sleeve néoprène (60 \$)			
	<input type="checkbox"/> Or	<input type="checkbox"/> Revêtement interne néoprène et plastazote					
	<input type="checkbox"/> Rouge	<input type="checkbox"/> autre : _____					
À VÉRIFIER AVANT DE COMMANDER	Spécification du moule		NOTES				
	<input type="checkbox"/> 9" au dessus et dessous du centre articulaire						
	<input type="checkbox"/> Moulée en mise en charge avec 5° à 10° de flexion (ligamentaire)						
	<input type="checkbox"/> Moulée sans mise en charge avec 0° flexion (O.A.)						
	<input type="checkbox"/> Vérifier hypertension						
	<input type="checkbox"/> SVP couper en postérieur au centre						
<input type="checkbox"/> Dessiner la rotule, la tête du péroné et autre proéminence osseuse							
N.B. : Inclure photo si nécessaire.							