

Patient**Nom :****Prénom :****Tél. :**

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

**INDICATIONS DE
PRESCRIPTION** **Obésité** **Éventration** **Stomie** **Hernie** **Lombaire**

(Pathologie/algie, ...)

 Morphologie**spécifique**(volume mammaire,
asymétrie, ...) **Podologie**(trouble statique, affection
douloureuse, compensation, ...)**DISPOSITIFS PRESCRITS** **Une ceinture de maintien abdominal (CMA) sur-mesure
BODYNOV avec adjonctions (pour port long terme)** **Une ceinture de maintien abdomino-lombaire sur-mesure
(CMAL) BODYNOV avec adjonctions**

Pathologie avec répercussion algo-fonctionnelle modérée avec problème abdominal.

 **Une ceinture de maintien lombaire renforcée sur-mesure
(CMLR) BODYNOV avec adjonctions**

Pathologie avec répercussion algo-fonctionnelle d'intensité importante.

 **Une deuxième ceinture de maintien en mise de secours
(pour port continu)** **Une ceinture de soutien abdominal (CSA) sur mesures
(pour port 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) **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 :**