

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 :