



# FICHE DE MESURES

## RELEVEUR FLEXIS



Membre inférieur **ORTHÈSES**

### Patient

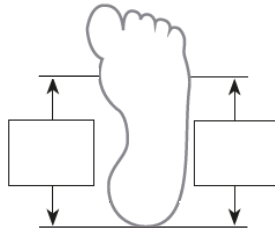
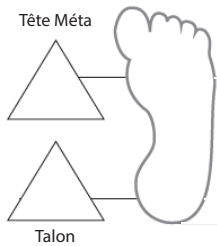
Identification : .....

Sexe : ..... Age : ..... Poids : .....kg Taille : .....cm

Coté :  Droit  Gauche  Bilatéral

Pointure : .....

Activité :  Faible  Normale  Élevée



### Société

Applicateur : .....

Date des mesures : .....

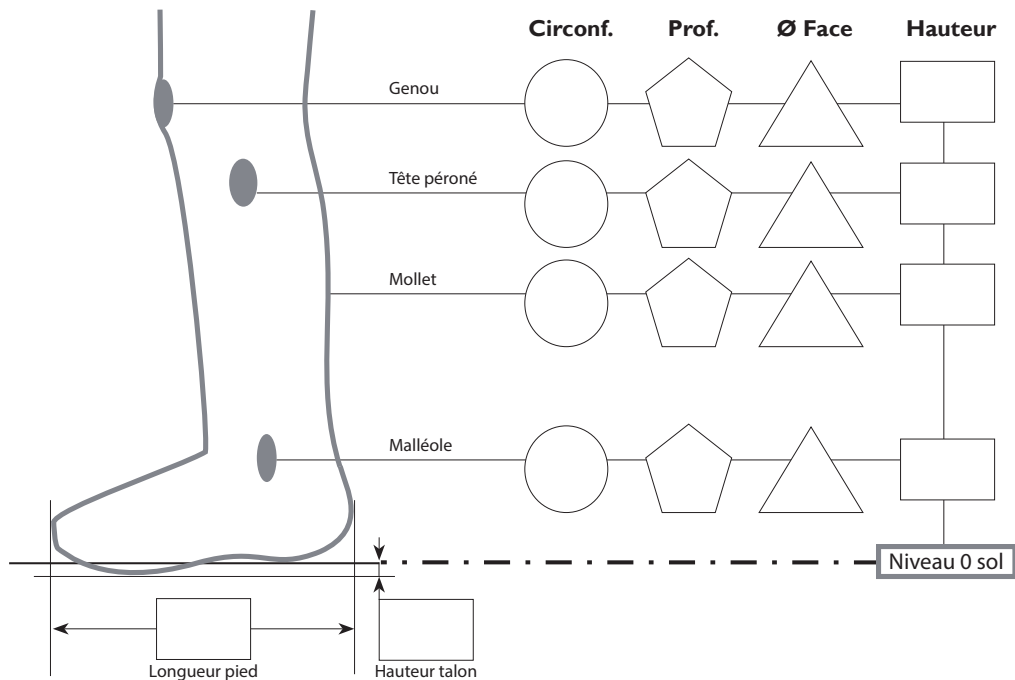
### Éléments fournis

Fiche de mesures **OBLIGATOIRE**  Scan (.stl, .obj, .cpv)

Moulage résine

### Angulations pied

	Avant correction	Après correction
<input type="checkbox"/> Varus		
<input type="checkbox"/> Valgus		
<input type="checkbox"/> Flexion plantaire		



### Précisions, infos complémentaires

### Partie réservée à CSM

N° d'appareil : ..... Opérateur : ..... Réf CSM production : .....