

Nom du prescripteur : **Date :**

Patient : **Nom :** **Prénom :**

Genre : Homme Femme

Age :ans **Taille (cm) :** **Poids (kg) :**

Cachet client:

1/ INTENSITE ET CHRONICITE DE LA DOULEUR

Intensité : Moyenne Forte

Chronicité : Depuis quand avez-vous mal ?

Aigüe (<1 mois) Subaigüe (< 3 mois) Chronique (> 3mois)

2/ LOCALISATION DE LA DOULEUR : Où avez-vous mal ?

3/ REPERES ANATOMIQUES (Cf. dessin):

D9 D12

3/ PRESCRIPTION:

CML (CEINTURE DE MAINTIEN LOMBAIRE)

CMLR (CEINTURE DE MAINTIEN LOMBAIRE RENFORCE)

4/ ADJONCTION OPTIONNELLE:

Coussin de compensation

5/ PRISE DE MESURE

POSITION DU COUSSIN SI APPLICABLE :

	3	2	1	0	-1	-2	-3
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

LONGUEUR DE LA CEINTURE :

	65	70	75	80	85	90
Modèle M (de 65-90cm) :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	95	100	105	110	115	120	125	130
Modèle L (de 95-130cm) :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

HAUTEUR DE DOS

28 cm (dos coloris noir) 32 cm (dos coloris bleu) 36 cm (dos coloris noir)

BANDES DORSALES

	6	5	4	3	2	1
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

HAUT

Les bandes se touchent

	0	-1	-2	-3	-4	-5	-6
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

BAS

Les bandes se touchent

	10	9	8	7	6	5	4	3	2	1	0	-1	-2	-3	-4	-5	-6	-7	-8	-9	-10
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

