

**DOSSIER TECHNIQUE ET PARAMEDICAL**

**DONNEES ADMINISTRATIVES DU PATIENT**

NOM : .....  
ADRESSE : .....  
TEL. : .....  
DATE DE NAISSANCE : .....  
VIGNETTE O.A. : .....

POIDS : ..... kg

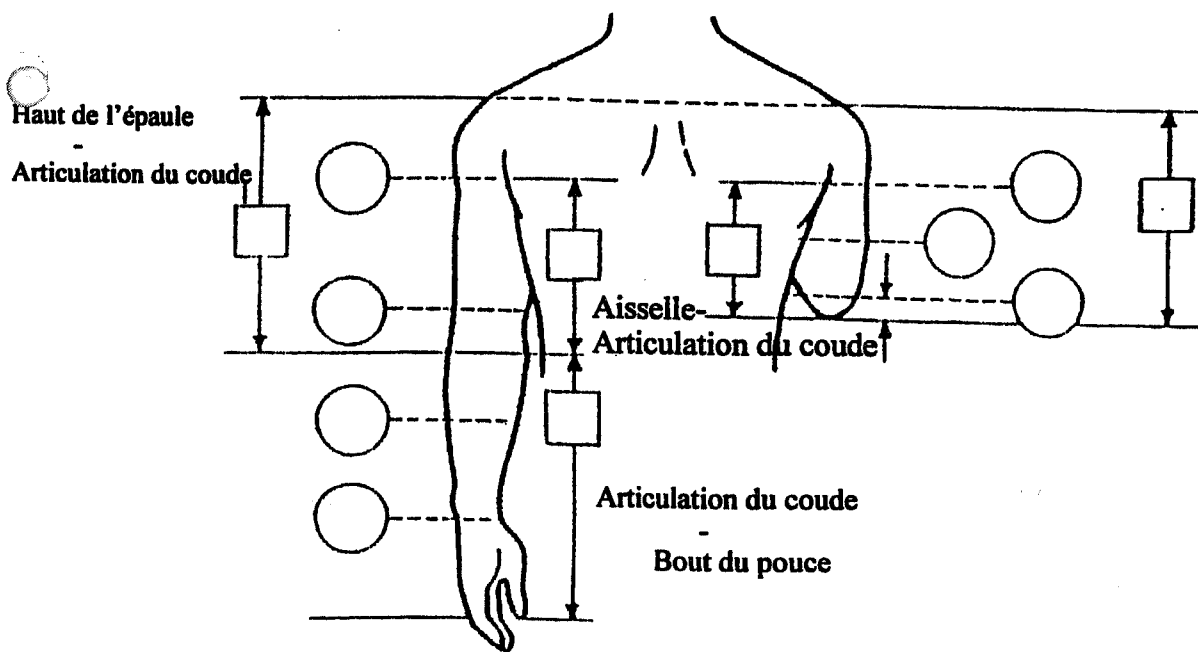
ACTIVITE : .....

PROFESSION, HOBBIES : .....

**PARAMETRES PHYSIQUES UTILISES LORS DE LA FABRICATION DE LA PROTHESE**

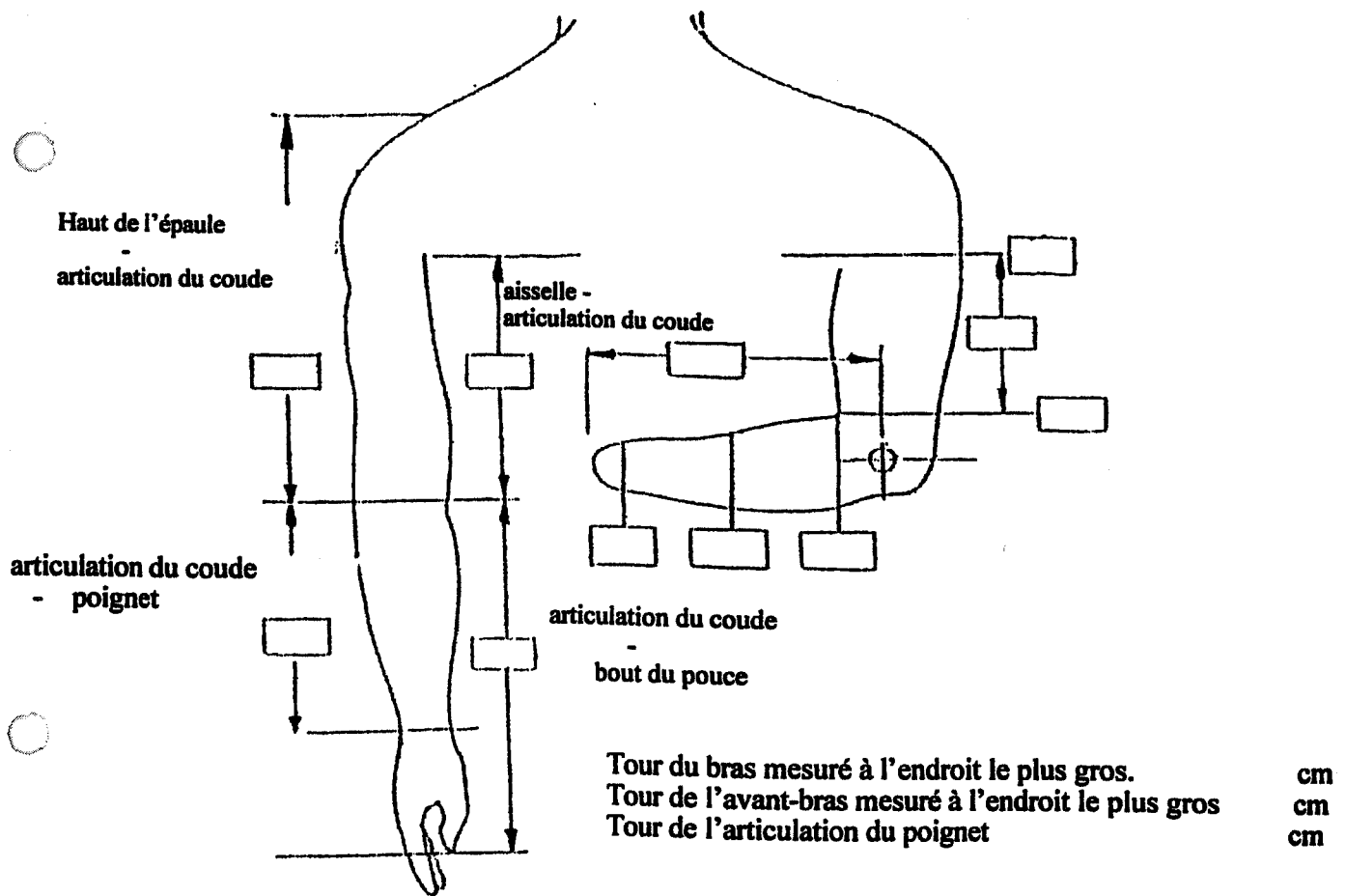
DATE : .....  
TYPE DE FÛT : .....  
CAUSE DE L'AMPUTATION : .....  
COTE AMPUTE : .....  
NIVEAU D'AMPUTATION :  désarticulation du poignet  
:  avant-bras  
:  désarticulation du coude  
:  bras  
:  désarticulation de l'épaule  
:  amputation unilatérale de la ceinture scapulaire

REMARQUES : .....  
.....  
.....  
.....  
.....



Tour de la main mesuré sans pouce  
 Taille des gants

cm



Tour de la main mesuré sans le pouce  
cm

Taille des gants.

## **TYPE DE PROTHESE**

- SYSTEME :
- digital, pro- et supination passives
  - digital, fût en deux parties
  - digital, combinaison commutateur avec myoprothèse
  - double canal, pro- et supination passives
  - double canal, fût en deux parties
  - commutateurs, pro- et supination passives
  - commutateurs, pro- et supination actives
- 
- pro- et supination actives
  - D.M.C.
  - appareil de préhension
  - articulation du coude avec élévateur
  - articulation myoélectrique du coude (en cas d'amputation bilatérale)
  - articulation du coude avec verrouillage pour prothèse myoélectrique du bras
  - articulation de l'épaule

**LES PIECES MYOELECTRIQUES UTILISEES**

Article n°	Dénomi- nation	Nombre	N° de série	Distributeur
------------	-------------------	--------	-------------	--------------

Type de gant : .....

**LE SUIVI DE LA VERIFICATION ET DE L'ENTRETIEN SEMES-  
TRIELS**

DATE DE FOURNITURE : .....  
DATE DU PROCHAIN ENTRETIEN : .....

Signature

patient :

fournisseur :

---



DATE DU 1<sup>er</sup> ENTRETIEN : .....  
DATE DU PROCHAIN ENTRETIEN : .....  
DESCRIPTION DE L'ENTRETIEN :

Signature

patient :

fournisseur :

---

DATE DU 2<sup>ème</sup> ENTRETIEN : .....  
DATE DU PROCHAIN ENTRETIEN : .....  
DESCRIPTION DE L'ENTRETIEN :

Signature

patient :

fournisseur :

DATE DU 3<sup>ème</sup> ENTRETIEN : .....  
DATE DU PROCHAIN ENTRETIEN : .....  
DESCRIPTION DE L'ENTRETIEN :

Signature

patient :

fournisseur :

---

DATE DU 4<sup>ème</sup> ENTRETIEN : .....  
DATE DU PROCHAIN ENTRETIEN : .....  
DESCRIPTION DE L'ENTRETIEN :

Signature

patient :

fournisseur :

DATE DU 5<sup>ème</sup> ENTRETIEN : .....  
DATE DU PROCHAIN ENTRETIEN : .....  
DESCRIPTION DE L'ENTRETIEN :

Signature

patient :

fournisseur :

---

DATE DU 6<sup>ème</sup> ENTRETIEN : .....  
DATE DU PROCHAIN ENTRETIEN : .....  
DESCRIPTION DE L'ENTRETIEN :

Signature

patient :

fournisseur :

DATE DU 7<sup>ème</sup> ENTRETIEN : .....  
DATE DU PROCHAIN ENTRETIEN : .....  
DESCRIPTION DE L'ENTRETIEN :

Signature

patient :

fournisseur :

---

DATE DU 8<sup>ème</sup> ENTRETIEN : .....  
DATE DU PROCHAIN ENTRETIEN : .....  
DESCRIPTION DE L'ENTRETIEN :

Signature

patient :

fournisseur :

**DESCRIPTION DES REPARATIONS EFFECTUEES**

DATE DE LA REPARATION : .....  
DESCRIPTION DE LA PANNE : .....  
DESCRIPTION DE LA REPARATION : .....

Signature patient : fournisseur :

---

DATE DE LA REPARATION : .....  
DESCRIPTION DE LA PANNE : .....  
DESCRIPTION DE LA REPARATION : .....

Signature patient : fournisseur :

DATE DE LA REPARATION : .....  
DESCRIPTION DE LA PANNE : .....  
DESCRIPTION DE LA REPARATION : .....

Signature

patient :

fournisseur :

---

DATE DE LA REPARATION : .....  
DESCRIPTION DE LA PANNE : .....  
DESCRIPTION DE LA REPARATION : .....

Signature

patient :

fournisseur :

DATE DE LA REPARATION : .....  
DESCRIPTION DE LA PANNE : .....  
DESCRIPTION DE LA REPARATION : .....

Signature

patient :

fournisseur :

---

DATE DE LA REPARATION : .....  
DESCRIPTION DE LA PANNE : .....  
DESCRIPTION DE LA REPARATION : .....

Signature

patient :

fournisseur :

DATE DE LA REPARATION : .....  
DESCRIPTION DE LA PANNE : .....  
DESCRIPTION DE LA REPARATION : .....

Signature

patient :

fournisseur :

---

DATE DE LA REPARATION : .....  
DESCRIPTION DE LA PANNE : .....  
DESCRIPTION DE LA REPARATION : .....

Signature

patient :

fournisseur :