

Protocole thérapeutique – Annexe N
Vêtements de compression et de contention

Matricule du patient	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Nom et prénom	<input type="text"/>			
Nom du médecin prescripteur	<input type="text"/>			
Code médecin	<input type="text"/>			

**Diagnostic médical/
Intervention chirurgicale**

**Date de l'intervention
chirurgicale (si applicable)**

**Date de début de la prise
en charge du drainage
lymphatique (si applicable)**

**Partie(s) du corps
concernée(s) et modèle**

<input type="checkbox"/> <u>Membre(s) inférieur(s):</u> <input type="checkbox"/> Gauche <input type="checkbox"/> Droit <input type="checkbox"/> Bilatéral	<input type="checkbox"/> Bas jusqu'au genou <input type="checkbox"/> Bas cuisses incluses <input type="checkbox"/> Collant <input type="checkbox"/> Pièces cuisses
<input type="checkbox"/> <u>Membre(s) supérieur(s):</u> <input type="checkbox"/> Gauche <input type="checkbox"/> Droit <input type="checkbox"/> Bilatéral	<input type="checkbox"/> Manchon(s) <input type="checkbox"/> Avec mitaine <input type="checkbox"/> Sans mitaine <input type="checkbox"/> Mitaine(s)/Gant(s)
<input type="checkbox"/> Tête	
<input type="checkbox"/> Tronc	

Nom et prénom Matricule

**Nombre de fourniture(s)
de même nature à délivrer**
(prise en charge dans les
limites des règles statutaires)

Type de tricotage

Circulaire Rectiligne

**Degré minimal de
compression** (si applicable)

_____ mmHg

Prise en charge pour bas et collant de contention à partir de 20 mmHg

Durée de traitement
(facultatif)

_____ mois _____ semaines
Mise en place : 12 heures 24 heures Autre _____

**Motivation pour demande
de renouvellement anticipée**
(sur accord préalable)

Cachet, signature et date
(médecin prescripteur)