

**Bulletin de commande & ordonnance location
 Artomot (CPM)**

Information sur le patient

Nom _____ Prénom _____

Adresse _____

Téléphone _____ Email _____

Date de naissance _____

Informations sur l'assurance

Lainf Caisse maladie

Assurance / adresse _____ Assurance / adresse _____

Num. Lainf _____ Num. Ass. _____

KINETEC ET LIMITS DE MOUVEMENT

Compex

Genou / Hanche passivo dx sx Flexion

Extension

Genou / Hanche activ dx sx Charge max

Coude dx sx Flexion

Extension

Cheville dx sx Flexion

Extension

Poignet dx sx Flexion

Extension

Epaule dx sx

Adduction _____ Abduction _____

Rotation Int _____ Rotation Ext _____

Date de début du traitement

Durée du traitement

Médecin Traitant : _____

Clinique / Hôpital : _____

Tampon et Signature :