

Ordonnance
complète
pour le
lymphœdème



Date: _____

Nom complet: _____

Rx Diagnostic:
Lymphœdème primaire OU secondaire

- Membre(s) atteint(s):
Inférieur/Supérieur gauche et/ou droit
Abdomen, cou, génital, thorax, sein
- Type de compression:
Sur mesure OU prêt-à-porter
Jour, nuit ou ajustables (Velcro)
- Classe de compression: Ex.: *20-30 mmHg,*
30-40 mmHg, 40 mmHg et plus
- Type de vêtement: Ex.: *manchon et gant,*
gantilet, bas, collants, capri
- Bandages et accessoires: Ex.: *multicouches,*
gants de caoutchouc, aide à l'enfilage, colle

Signature du médecin: _____

Numéro de licence: _____

VOTRE ORDONNANCE EST VALIDE À VIE

Date: _____

Complete name: _____

Rx Diagnosis:
Primary OR secondary lymphedema

- Affected limb(s):
Lower/Superior left and/or right
Abdomen, neck, genital, chest, breast
- Compression type:
Custom-made OR standard
Day, night or adjustable (velcro)
- Compression class: Ex.: *20-30 mmHg,*
30-40 mmHg, 40 mmHg and more
- Type of garment: Ex.: *sleeve and glove, gauntlet,*
stockings, pantyhose, capri pantyhose
- Bandages and accessories:
Ex.: *multilayer, rubber gloves, donner, glue*

Physician's signature: _____

License number: _____

YOUR PRESCRIPTION IS VALID FOR LIFE

Full prescription
for lymphedema

