

Nom patient		Date de naissance	Sexe	Date prise des mesures
		.. / .. /	<input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> f	.. / .. / 201 ..
Mesuré par	Signature	Contact le plus rapide		Département

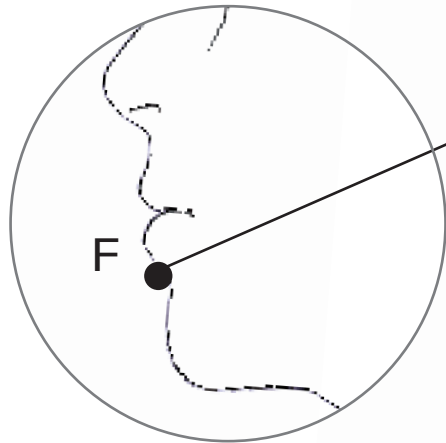
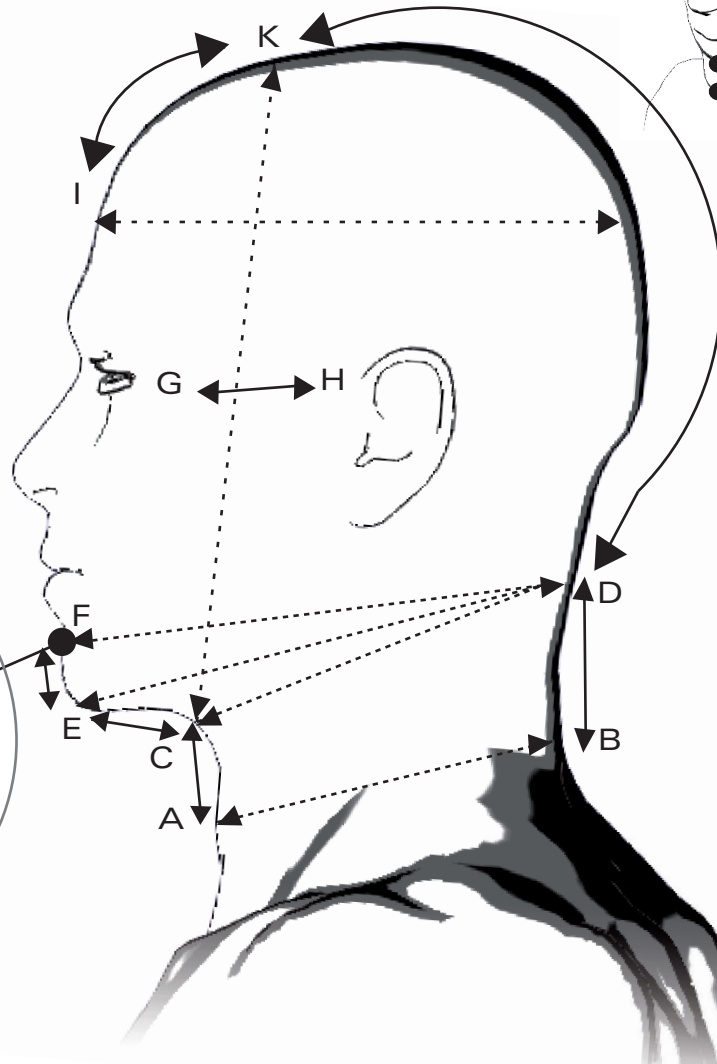
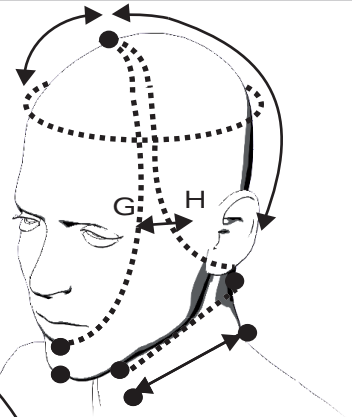
Contour

Longueur

AB	AC
CD	CE
ED	EF
FD	BD
KCK	GH
H*	KD
I	IK

! mesures en cm

* H gauche au dessus de la tête jusque H droite



<input type="checkbox"/>	POLYAMIDE	<input type="checkbox"/>	SILICONE



Remarques:

.....

.....

.....

.....