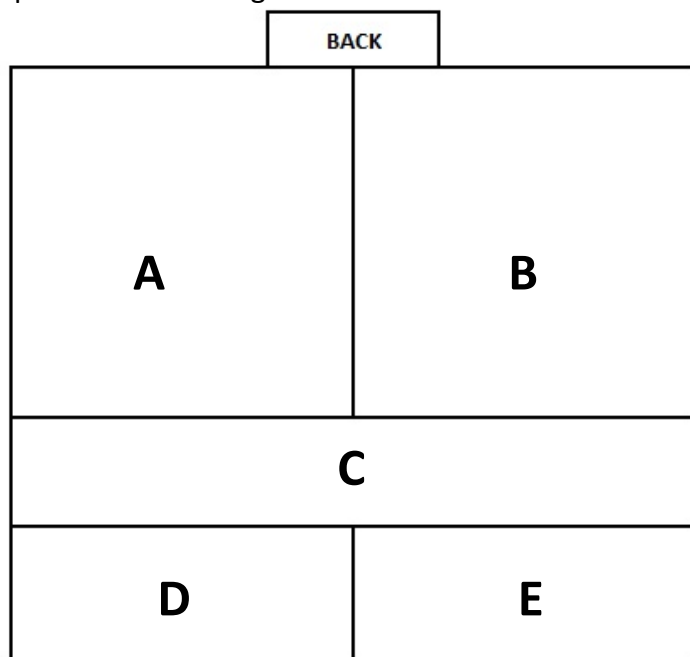


Nom du patient :	Ref dossier :	Date :
Adresse :	N° tél :	
	e-mail :	
Clinicien :	Centre :	
Prestataire :	N° tél :	
Adresse :	e-mail :	

COUSSIN ADJUSTER O2



Epaisseur : Largeur : Profondeur :



Vue de haut

Remplissage d'origine	Ajouté	Enlevé
A :	A :	A :
B :	B :	B :
C :	C :	C :
D :	D :	D :
E :	E :	E :

Choix de housse pour le coussin :

- 2x Charlottes
- 1x Comfair
- 1x Incontinence

Commentaires :