

# Ordonnance (attelle de mobilisation en location)

Étiquette du patient avec les informations sous mentionnée (veuillez compléter en totalité)

Nom \_\_\_\_\_ Prénom \_\_\_\_\_

Rue \_\_\_\_\_ NPA/Ville \_\_\_\_\_

Date de naissance \_\_\_\_\_ Tél./Mobile \_\_\_\_\_

Adresse de livraison (si différente):

Nom/Prénom \_\_\_\_\_ Rue \_\_\_\_\_

NPA/Ville \_\_\_\_\_ Tél./Mobile \_\_\_\_\_

Informations d'ordre organisationnel (veuillez compléter en totalité)

Date d'opération \_\_\_\_\_ Hôpital \_\_\_\_\_

Thérapie dès le \_\_\_\_\_ Durée prévue de la thérapie (semaines) \_\_\_\_\_ Prolongation pour: \_\_\_\_\_

Veuillez cocher le produit: (veuillez compléter en totalité)

Désignation	Durée de la thérapie/jour	Limite de mouvement
<input type="checkbox"/> Attelle de mobilisation active pour le genou (thérapie couché)	<input type="checkbox"/> 3x 15 min. <input type="checkbox"/> 3x 20 min. <input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> extension: _____ <input type="checkbox"/> flexion: _____ <input type="checkbox"/> selon douleur
<input type="checkbox"/> Attelle de mobilisation active pour le genou (thérapie en position assise)	<input type="checkbox"/> 3x 15 min. <input type="checkbox"/> 3x 20 min. <input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> extension: _____ <input type="checkbox"/> flexion: _____ <input type="checkbox"/> selon douleur
<input type="checkbox"/> Attelle de mobilisation passive pour le genou (garantie de prise en charge nécessaire)	<input type="checkbox"/> 3x 30 min. <input type="checkbox"/> 3x 60 min. <input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> gauche <input type="checkbox"/> droite <input type="checkbox"/> extension: _____ <input type="checkbox"/> flexion: _____ <input type="checkbox"/> selon douleur
<input type="checkbox"/> Attelle de mobilisation passive pour l'épaule (garantie de prise en charge nécessaire)	<input type="checkbox"/> 2x 30 min. <input type="checkbox"/> 2x 60 min. <input type="checkbox"/> 3x 60 min. <input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> gauche <input type="checkbox"/> droite <input type="checkbox"/> rotation interne: _____ <input type="checkbox"/> rotation extérieure: _____ <input type="checkbox"/> adduction: _____ <input type="checkbox"/> abduction: _____ <input type="checkbox"/> selon douleur
<input type="checkbox"/> Produit spécifique (Marque, Modèle, Taille) _____ _____	_____ _____ _____	<input type="checkbox"/> gauche <input type="checkbox"/> droite <input type="checkbox"/> rotation interne: _____ <input type="checkbox"/> rotation extérieure: _____ <input type="checkbox"/> adduction: _____ <input type="checkbox"/> abduction: _____ <input type="checkbox"/> selon douleur

Informations d'assurance (veuillez compléter en totalité)

**LAA (assurance-accident)**  
Le patient est assuré par l'employeur

Assurance/Lieu \_\_\_\_\_

N° d'accident \_\_\_\_\_

**CM (caisse-maladie)** Veuillez cocher:  
 Maladie  Accident

Le patient est assuré par la caisse-maladie pour un cas accident

Assurance \_\_\_\_\_

N° de police \_\_\_\_\_

Prescripteur

N° client/Nom \_\_\_\_\_

Tél. \_\_\_\_\_

E-Mail \_\_\_\_\_

Tampon/Signature \_\_\_\_\_

OPED AG ■ Hinterbergstrasse 26 · 6312 Steinhausen  
Fon 041 748 53 35 · Web: www.oped.ch · E-Mail: oped@hin.ch



Le patient / la patiente n'est pas tenu/e de se rendre à ce centre de remise: sous réserve des conditions tarifaires générales, c'est à lui/elle de choisir où il/elle se procure le produit.