

**VEUILLEZ INDIQUER SUR CES IMAGES LA ZONE A TRAITER**



**TRAVAIL A EFFECTUER**

- Modèle anatomique :
  - Polyamide (fusion laser)     Résine (stéréolithographie)
  - Laqué ou  Non laqué
- Guide chirurgical
- Distracteur
  - Interne (DIOS)     Externe (DEOS)
- Dispositif medical implantable (D.M.I) :

AUTRES PRECISIONS : \_\_\_\_\_

DATE DE LA PRESCRIPTION : \_\_\_\_\_

NOM DU (DES) CHIRURGIEN (S) : \_\_\_\_\_

QUALITE DU CHIRURGIEN PRESCRIPTEUR : \_\_\_\_\_

ETABLISSEMENT DE SOINS : \_\_\_\_\_

NOM DU PATIENT / N° DE DOSSIER : \_\_\_\_\_

DATE PREVUE DE LA CHIRURGIE : \_\_\_\_\_

LIVRAISON SOUHAITEE :     Etablissement de soins  
     Autre, précisez

Nom : \_\_\_\_\_  
 Adresse : \_\_\_\_\_  
 CP, Ville : \_\_\_\_\_  
 Tél. : \_\_\_\_\_

ADRESSE DE FACTURATION :     Etablissement de soins  
     Autre, précisez

Nom : \_\_\_\_\_  
 Adresse : \_\_\_\_\_  
 CP, Ville : \_\_\_\_\_  
 Tél. : \_\_\_\_\_

**Je soussigné (Nom, prénom) :** \_\_\_\_\_

**assure et déclare que le dispositif médical sur mesure réalisé par la société OBL suivant les données ci-jointes, est destiné à l'usage unique du patient.**

Date et signature : \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_