

## Bulletin de commande et ordonnance

### Informations sur le patient

Nom	Téléphone
Prénom	Portable
Adresse	Date de naissance
CP/Lieu	Sortie de l'hôpital

### Informations sur l'assurance

Assureur	<input type="checkbox"/> Caisse maladie
Agence	<input type="checkbox"/> Assurance accident
Date de l'accident	Réf. No.

### Ordonnance

Chirurgien	Clinique
Opération	Taille corporelle

### Ordonneur

Nom	Téléphone
Prénom	Portable
Adresse	Émail
CP/Lieu	

### Livraison

Délai	Expéditeur
-------	------------

### Appareil CPM

<input type="checkbox"/> Genou	<input type="checkbox"/> Droite	<input type="checkbox"/> Gauche	<input type="text"/> ° Extension	<input type="text"/> ° Flexion
<input type="checkbox"/> Epaule	<input type="checkbox"/> Droite	<input type="checkbox"/> Gauche	<input type="text"/> ° Adduction	<input type="text"/> ° Abduction
			<input type="text"/> ° Rotation interne	<input type="text"/> ° Rotation externe
<input type="checkbox"/> Coude	<input type="checkbox"/> Droite	<input type="checkbox"/> Gauche	<input type="text"/> ° Extension	<input type="text"/> ° Flexion
			<input type="text"/> ° Pronation	<input type="text"/> ° Supination
<input type="checkbox"/> Cheville	<input type="checkbox"/> Droite	<input type="checkbox"/> Gauche	<input type="text"/> ° Extension dorsal	<input type="text"/> ° Flexion plantaire
			<input type="text"/> ° Inversion	<input type="text"/> ° Eversion

### Plus d'informations

<input type="checkbox"/> Selon schéma
<input type="checkbox"/> Jusqu'à la limite douleur
<input type="checkbox"/> Selon informations

### Signature

---