



Fiche de commande et de mesures RELEVEUR hélicoïdal Innov'Pulse

PATIENT

Nom : _____
 Prénom : _____
 Date de naissance : _____ Homme Femme
 N° de Séc. Soc. : _____
 Date du moulage: _____
 Bilatéral Droite Gauche

CERTIFICAT

Prescripteur

Nom : _____
 Spécialité : _____
 N° R.P.P.S : _____
 Vos références (numéro(s) d'appareillage)
 Votre numéro de série (droit) : _____
 Votre numéro de série (gauche) : _____

FACTURATION

Raison Sociale : _____
 SIRET : _____
 TVA : _____
 Adresse 1 : _____
 Adresse 2 : _____
 Code Postal : _____ Ville : _____
 État : _____ Pays : _____
 E-mail : _____
 Téléphone : _____

APPLICATEUR

Nom : _____ Titre : _____
 E-mail : _____
 Téléphone : _____
 Établissement : _____
 Adresse identique à celle de la facturation
 Adresse 1 : _____
 Adresse 2 : _____
 Code Postal : _____ Ville : _____
 État : _____ Pays : _____

LIVRAISON

Date de livraison souhaitée : _____
 Date de livraison au patient : _____
 Informations identiques à celle de la facturation - OU -
 Établissement : _____
 Adresse 1 : _____
 Adresse 2 : _____
 Code Postal : _____ Ville : _____
 État : _____ Pays : _____
 E-mail : _____
 Téléphone : _____

MESURES

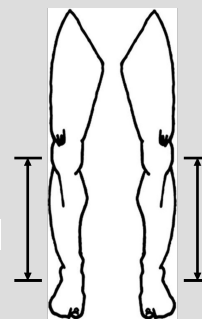
Check-list mesures : Moulage Boîte à empreinte
 Vidéos (si besoin d'un avis de notre part, ne pas hésiter)

Date de mesure : _____

Taille (cm) : _____ Poids (kg) : _____ Pointure (EUR) : _____

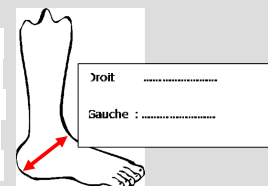
Membre DROIT (voir schémas ci-contre)

Hauteur (cm) : _____
 Circonférence genoux (cm) : _____
 Circonférence mollet (cm) : _____
 Circonférence cheville (cm) : _____
 Circonférence cou de pied (cm) : _____



Membre GAUCHE (voir schémas ci-contre)

Hauteur (cm) : _____
 Circonférence genoux (cm) : _____
 Circonférence mollet (cm) : _____
 Circonférence cheville (cm) : _____
 Circonférence cou de pied (cm) : _____



Rectifications supplémentaires

Pied gauche

Neutre Angle (°) _____
 Varus _____
 Valgus _____

Pied droit

Neutre Angle (°) _____
 Varus _____
 Valgus _____

Options

Options disponibles (appelez-nous pour plus de précisions) :

- Appui au niveau du gros orteil (*)
- Soutien de la voûte plantaire (*)
- Bordure talonnière relevée (*)

(*) demander avis pour bonne indication

Instructions éventuelles :

Adresse d'envoi des moulages et empreintes

Innov'Pulse chez Octo31
 4 CHEMIN DE LA MENUDE
 ZONE INDUSTRIELLE EN JACCA
 31770 COLOMIERS
 FRANCE



Fiche de commande et de mesures RELEVEUR hélicoïdal Innov'Pulse

Conseils pour remplir la fiche de commande et de mesure

FAQ

Toute commande effectuée vaut acceptation des conditions générales de ventes accessibles librement sur demande et sur le site internet : www.innovpulse.eu

Sections « patient » et « certificat »
Les informations demandées sont nécessaires à l'établissement du certificat de conformité pour ce dispositif médical de classe I sur-mesure.

Section « facturation »
Ces informations servent à l'établissement de la facture.

Section « applicateur »
Ces informations servent à l'identification du destinataire au sein de l'entreprise qui commande.

Section « livraison »
Ces informations servent à préciser une adresse de livraison si différente de celle de la facturation.

Section « mesures »
Ces informations sont nécessaires à une bonne réalisation de l'orthèse.

Section « rectifications supplémentaires »
Il n'est pas recommandé d'utiliser cette section. Il est préférable que le membre soit dans la position souhaitée. Cependant, cette section permet de prendre en compte une demande de rectification supplémentaire.

Section « options »
Section pour préciser toutes demande d'option(s) supplémentaire(s) disponible(s). Ne pas hésiter à nous contacter afin de vous assurer de leur possibilité technique.

Instructions pour la réalisation du moulage

La prise de moulage circulaire doit être effectuée avec le patient assis formant un léger angle entre son pied et sa jambe (entre 85° et 90°).

Il est important de bien mouler l'empreinte du dessous du pied et de la voûte plantaire.

Il est important de ne surtout pas envoyer de plâtre rectifié. En effet, les rectifications du plâtre sont spécifiques à l'orthèse releveur de pied Innov'Pulse.

Bien que nous pouvons accepter les deux formes, nous préférons les moulages en négatif (réduit également les problèmes de casse lors du transport).

Une prise d'empreinte du pied, à l'aide d'une boîte à empreinte, sert à nous assurer du bon positionnement de l'orthèse sous le pied.

Pour les patients ayant des semelles orthopédiques :

Faire le moulage avec la semelle (pour bien prendre le volume). La boîte en empreinte devient obligatoire afin de bien positionner l'orthèse Innov'Pulse sous les appuis du patient.

Pour toutes questions ou précisions techniques, ne pas hésiter à nous contacter :

InnovPulse SAS
Tél. : +33 (0)4 82 53 16 98
Fax. : +33 (0)9 72 47 43 27
Site : www.innovpulse.eu
e-mail : contact@innovpulse.eu

Acceptez-vous les scanner 3D ?

Suite à l'observation de nombreuses erreurs de mesure lors de l'utilisation des scanner 3D (très certainement simplement dû à de mauvaises mises en œuvre), ce qui entraîne un gros risques de mauvaise fabrication, nous n'acceptons pas, pour l'instant, les scan 3D. Nous nous efforçons d'indiquer comment bien prendre les moulages grâce à cet outils très intéressant en limitant les erreurs prochainement.