

Nom patient :
Adresse :

Tél :
E-mail :

Clinicien :
Établissement :

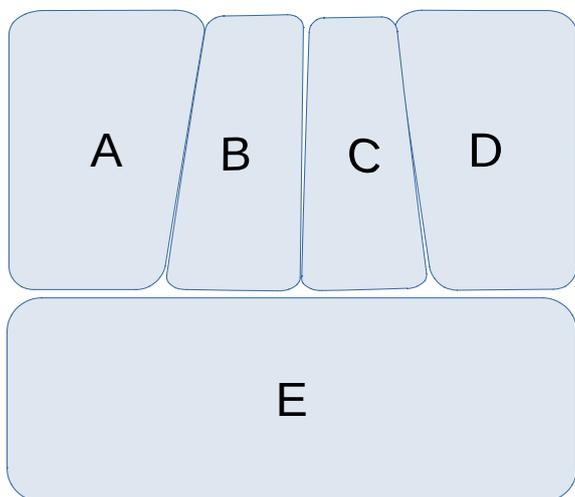
Prestataire :
Tél :
E-mail :

Évaluation patient sur coussin

ACTIVE O2



Largeur :
Profondeur :
Épaisseur :



Configuration standard *		Ajouté		Enlevé	
A		A		A	
B		B		B	
C		C		C	
D		D		D	
E	---	E	---	E	---

Commentaires :