

Nom patient :  
Adresse :

Tél :  
E-mail :

Clinicien :  
Établissement :

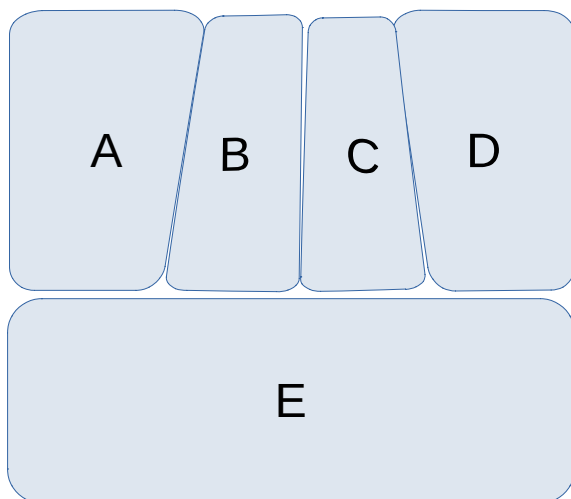
Prestataire :  
Tél :  
E-mail :

## 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 :