



OFT Extension du genou sur mesure

Patient : _____ Date : ____/____/____
 Top : _____ Courriel : _____
 Dossier : _____ Tél : _____

Velcro

Fermeture éclair : Standard Inversé Côté : Droite Gauche

Antérieur latérale Renfort Paire : Identique Différentes

Couleur : Noir Rose Rouge Marine Camo vert Camo bleu

Camo rose Multicolore Jazzto

Spécification : _____

