



Nom et adresse du prescripteur :

.....  
 .....  
 .....  
 .....

Nom et prénom du patient :  Sexe :  Mesures prises par :  Date de commande :

Date de l'opération :

Taille patient :

Taille de soutien-gorge avec bonnet :

**CONFECTION SUR MESURE**

Référence Médical Z pour modèle :

S018

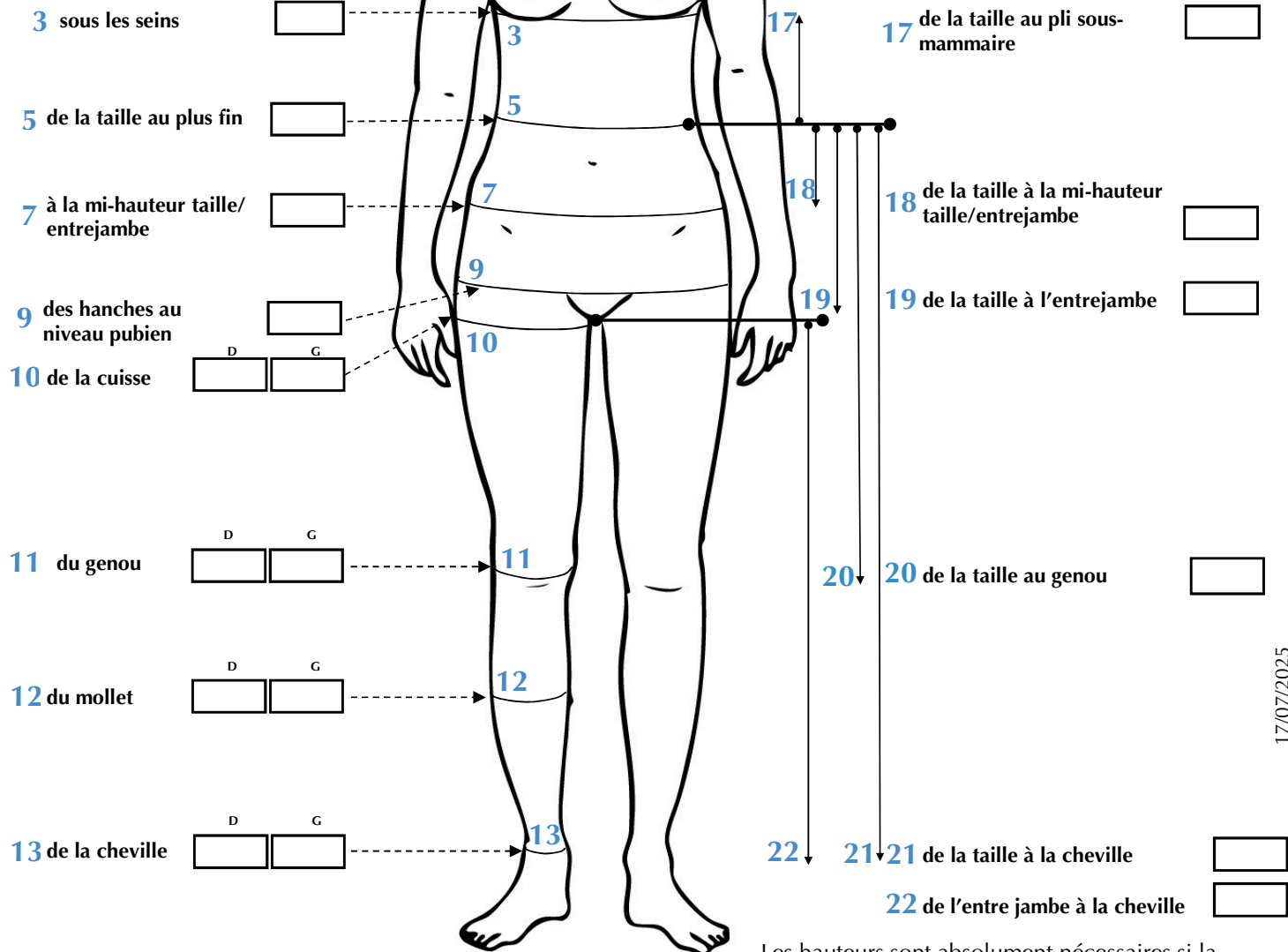
Mesures : Pre-op   
 Post-op

Coloris : Options

Noir  HOLE   
 Blanc  BBLXL

Circonférences (en cm)

Hauteurs (en cm)



17/07/2025

**S/018**

Les hauteurs sont absolument nécessaires si la patiente mesure moins d' 1,60 m ou plus d'1,70 m. Entre 1,60 m et 1,70 m, les hauteurs standards seront appliquées.