

**GMF**

**Dossier:**

**Nom:**

**NAM:**

**DDN:**

**Sexe:**

**Adresse:**

**Téléphone:**

**Prescription de services cliniques:**

bas de compression pour lymphoedème chronique aux 2 membres inférieurs et  
vêtements de compression pour lymphoedème chronique aux deux membres supérieurs

Date:

Nom:

*Rx*

- kit de compression  
médical pour lymphoedème  
avancé aux deux jambes.

Patient:  
Health Card:  
DOB:

Tel:  
Address:

Sex at birth:  
File Number:

Email:

**CONSULTATION REQUEST**

Requesting Staff

Speciality

Reason Chronic Lymphedema

Description Chronic Lymphedema

Compression stockings 20-30 mmHg x 3 pairs

BILATERAL LEGS

**CONFIDENTIAL**

**Demande de consultation -** [REDACTED]

DEMANDE DE CONSULTATION EN :

Orthesiste

POUR LA RAISON SUIVANTE :

Bas support - 4 paires aux genoux  
30-40 mmHg  
Lymphœdème chronique aux 2 jambes

**Professionnel référent:**

[REDACTED]

[REDACTED]