

**Protocole thérapeutique – Annexe N**  
**Vêtements de compression et de contention**

Matricule du patient

Nom et prénom

Nom du médecin prescripteur

Code médecin

**Diagnostic médical/  
Intervention chirurgicale**

**Date de l'intervention  
chirurgicale (si applicable)**

**Date de début de la prise  
en charge du drainage  
lymphatique (si applicable)**

**Partie(s) du corps  
concernée(s) et modèle**

|                                                                                                                                                                    |                                                                                                                                                                             |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> <u>Membre(s) inférieur(s):</u><br><input type="checkbox"/> Gauche<br><input type="checkbox"/> Droit<br><input type="checkbox"/> Bilatéral | <input type="checkbox"/> Bas jusqu'au genou<br><input type="checkbox"/> Bas cuisses incluses<br><input type="checkbox"/> Collant<br><input type="checkbox"/> Pièces cuisses |
| <input type="checkbox"/> <u>Membre(s) supérieur(s):</u><br><input type="checkbox"/> Gauche<br><input type="checkbox"/> Droit<br><input type="checkbox"/> Bilatéral | <input type="checkbox"/> Manchon(s)<br><input type="checkbox"/> Avec mitaine<br><input type="checkbox"/> Sans mitaine<br><input type="checkbox"/> Mitaine(s)/Gant(s)        |
| <input type="checkbox"/> Tête                                                                                                                                      |                                                                                                                                                                             |
| <input type="checkbox"/> Tronc                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                             |

Nom et prénom ..... Matricule .....

**Nombre de fourniture(s)  
de même nature à délivrer**  
(prise en charge dans les  
limites des règles statutaires)

**Type de tricotage**

☐ Circulaire

☐ Rectiligne

**Degré minimal de  
compression** (si applicable)

☐ \_\_\_\_\_ mmHg

Prise en charge pour bas et collant de contention à partir de 20 mmHg

**Durée de traitement**  
(facultatif)

☐ \_\_\_\_\_ mois

☐ \_\_\_\_\_ semaines

Mise en place : ☐ 12 heures ☐ 24 heures ☐ Autre \_\_\_\_\_

**Motivation pour demande  
de renouvellement anticipée**  
(sur accord préalable)

Cachet, signature et date  
(médecin prescripteur)