

PATIENT / PATIENT(E)

Full name / Nom complet _____ Date _____

1. CHIEF COMPLAINT / DIAGNOSIS

Motif principal / Diagnostic

- | | | |
|---|--|--|
| ☐ Swelling / Edema
Enflure / Œdème | ☐ Varicose veins
Varices | ☐ Venous insufficiency
Insuffisance veineuse |
| ☐ Minor varicosities
Varicosités mineures | ☐ Lymphedema
Lymphœdème | ☐ Venous ulcers
Ulcères veineux |
| ☐ Spider veins
Varicosités en toile | ☐ DVT (Deep Vein Thrombosis)
TVP (Thrombose veineuse profonde) | ☐ Other / Autre : _____ |

2. PRESCRIBED COMPRESSION LEVEL

Niveau de compression prescrit

- | | | |
|--|---|---|
| ☐ 15-20 mmHg
Légère / Mild | ☐ 20-30 mmHg
Modérée / Moderate | ☐ 30-40 mmHg
Ferme / Firm |
|--|---|---|

3. GARMENT STYLE

Type de bas

- | | | |
|--|--|---|
| ☐ Knee-high
Bas au genou | ☐ Thigh-high
Bas à la cuisse | ☐ Pantyhose / Full length
Collant / Pleine longueur |
|--|--|---|

4. ADDITIONAL INSTRUCTIONS

Instructions supplémentaires

PRESCRIBER / PRESCRIPTEUR

Name / Nom _____ Licence # / N° de permis _____

Clinic / Clinique _____ Phone / Téléphone _____

Signature _____ Date _____