

Dossier de traitement Iceross® POST-OP

Nom de l'amputé(e) :

Date de l'amputation :

Jour	Date	Taille du moignon	Taille du manchon postopératoire ICERROSS® *	Nbre. d'heures par séance	Séance I.		Séance II.		
					Heure de pose	Heure de dépose	Heure de pose	Heure de dépose	
1.				1					
2.				2					
3.				3					
4.				4					
5.				4					
6.				4					
7.				4					
8.				4					
9.				4					
10.				4					
11.				4					
12.				4					
13.				4					
14.				4					
15.				4					
16.				4					
17.				4					
18.				4					
19.				4					
20.				4					
21.				4					
22.				4					

*Mesurez le moignon à 4 cm de l'extrémité distale et utilisez la même taille de manchon, ou la taille inférieure la plus rapprochée (reportez-vous à la Section III, Choix de taille du manchon).