

*Veillez noter que l'utilisation d'un stent sur mesure pour le patient n'est justifiée que si les stents standards ne sont pas adaptés. Le médecin en charge doit explicitement prendre ceci en compte lors de la commande d'un implant sur mesure.*

<b>Prescripteur / Service :</b>	<b>Acronyme ou N° d'ID du patient :</b>
<b>Hôpital :</b>	<b>Signature Prescripteur :</b>
<b>Adresse courriel :</b>	

**Indication (veuillez spécifier) :**

<input type="checkbox"/> Obstruction maligne des voies aériennes proximales	<input type="checkbox"/> Trachéobronchomalacie localisée
<input type="checkbox"/> Sténoses anastomotiques suite à une transplantation pulmonaire	<input type="checkbox"/> Fistule œso-trachéale
<input type="checkbox"/> Sténoses de la trachée (idiopathiques, post-intubation, post-trachéotomie)	<input type="checkbox"/> Autres (Veuillez spécifier) :

**Spécifications requises**

Veillez dessiner la forme désirée du stent en silicone sur le schéma et indiquer les dimensions / longueurs approximatives si vous les connaissez.

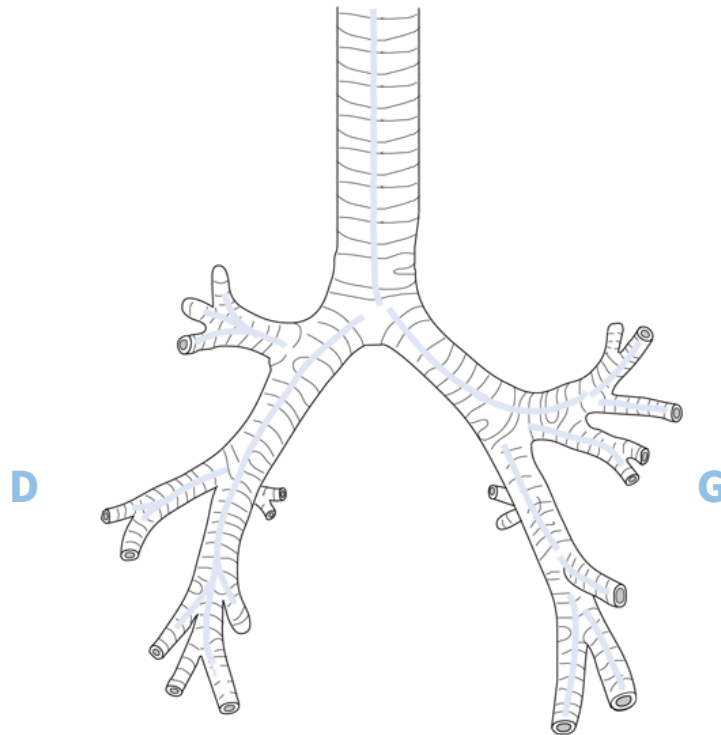
Radio-opacité requise :

- Oui  Non

Un échantillon<sup>1</sup>, non-stérile, pour tests est-il nécessaire pour simuler l'implantation ? :

- Oui  Non

<sup>1</sup> - Prix sur demande



**Espace réservé aux descriptions / remarques :**

*Veillez indiquer quels sont les aspects auxquels nous devons apporter une attention toute particulière lors de la conception du stent. Quels furent les problèmes rencontrés lors d'éventuelles implantations de stents précédentes ? Voyez-vous des risques particuliers ?*

**Exemples :**

- Souhaits / exigences concernant les dimensions
- Exigences spécifiques concernant la force radiale du stent dans la zone / le segment x, y
- Migration du stent
- Formation de tissus de granulation
- Remarques autres

---

### Protocole du CT-Scan – Spécifications pour la série de données

- Format du scan : Fichier de format DICOM  
Direction du scan : Axial - *fait sous inspiration maximale*  
Fenêtre du scan / Filtrage : Tissus  
Reconstructions : Pas de reconstruction requise – de préférence les données brutes  
Épaisseur des tranches : ≤ 1,2 mm  
Distance entre les tranches : 0,6 mm (équidistantes)

---

### Nom du fichier

*(Pour des raisons de protection des données, nous n'acceptons que les données anonymisées.)*  
Veuillez renommer le fichier DICOM des données selon la norme suivante :

**AAAAMJJ\_Prescripteur\_123456789\_01**  
*Date\_Nom du prescripteur\_N° d'ID du patient ou Acronyme\_N° consécutif*

---

### Options pour le transfert des données – veuillez spécifier :

- Nous voulons télécharger la série de données  
(Après avoir reçu la demande, Novatech SA doit envoyer le lien pour effectuer le téléchargement.)
- 
- Nous enverrons un CD-ROM par la poste aérienne à : **Novatech SA**, Service Clients , Gustav-Krone-Strasse 7, 14167 Berlin, ALLEMAGNE
- 
- Nous donnerons le CD-ROM personnellement à : M. / Mme :
- Société :

---

**Veuillez envoyer ce formulaire à :** **Email :** intl-sales@bessgroup.com **Fax :** +49 30 816 909 16

---