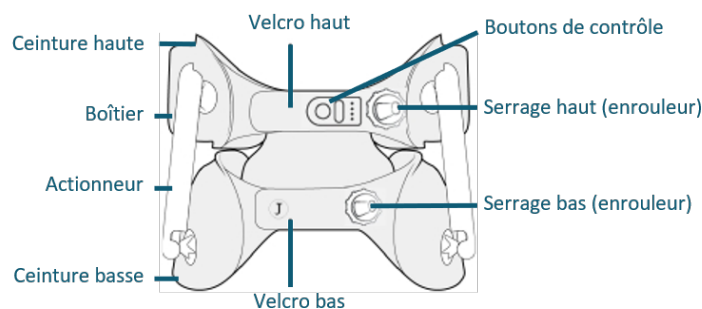


## CERTIFICAT DE FORMATION UTILISATEUR



### Numéroter de 1 à 6 les étapes d'installation :

- J'installe la batterie après avoir vérifié le niveau de charge
- J'allume le dispositif
- J'attache les velcros et positionne le dispositif
- J'appuie sur les enrouleurs et serre le dispositif
- Je choisis mon niveau de décompression
- Je vérifie le positionnement symétrique du dispositif

### Sur chaque ligne, cocher parmi les 2 propositions la bonne affirmation.

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> J'attache les velcros avant pour serrer fortement le dispositif sur le corps.   | <input type="checkbox"/> J'attache les velcros avant pour bien positionner le dispositif sur les hanches.   |
| <input type="checkbox"/> Le dispositif prend appui sur les hanches.  | <input type="checkbox"/> Le dispositif prend appui sur la taille.   |
| <input type="checkbox"/> Pour vérifier le positionnement symétrique du dispositif, les lignes hautes et basses sont alignées entre elles et la ligne basse est alignée à la couture du pantalon. | <input type="checkbox"/> Pour vérifier le positionnement symétrique du dispositif, seule la ligne basse doit être alignée à la couture du pantalon. |
| <input type="checkbox"/> Je suis capable de lever la jambe à 90°   | <input type="checkbox"/> Le dispositif me bloque quand je lève la jambe à 90°   |

### Numéroter de 1 à 6 les étapes de désinstallation :

- Je diminue les niveaux de décompression jusqu'à que ce toutes les LEDs soient éteintes
- J'éteins le dispositif
- J'ouvre les enrouleurs pour desserrer le dispositif
- Je retire la batterie
- Je déscratche le dispositif pour le retirer
- Je désinfecte le dispositif

### Cocher les bonnes affirmations, si le dispositif n'est pas suffisamment serré :

- Les tiges des actionneurs se déploient fortement dès le premier niveau (plus de 5cm)
- Les tiges des actionneurs se déploient légèrement au premier niveau (moins de 1cm)
- Le dispositif glisse sur le corps
- Le dispositif est quand même utile

**CERTIFICAT DE FORMATION**

(Nom et Prénom) : .....

Salarié(e) de l'entreprise .....

*Est déclaré formé à l'utilisation du Japet.W.*

Formation effectuée par : .....

***En qualité de formateur agréé par l'entreprise Japet Medical.***

Délivré le ....., à .....

Signature de la personne formée :

Signature du représentant de Japet Medical :