

ATTESTATION MEDICALE

(à compléter par le médecin traitant du patient)

Je soussigné(e), Docteur autorise
l'intervention de l'Equipe de Soutien de PalliaNam auprès de Mr / Mme[1]

[1] Biffer la mention inutile

PAS DE VIGNETTE - merci de nous fournir les renseignements suivants du patient :

| | |
|--------------|-------------------------|
| Adresse : | |
| CP – ville : | |
| Mutuelle : | |
| NISS : | _ _ _ _ _ / _ _ _ - _ _ |
| Ct1/Ct2 : | / |

Date de la **1ère intervention** de l'Equipe de Soutien : le /

(1ère intervention directe ou indirecte = 1er appel adressé à l'ES)

Signature du médecin :

Cachet du médecin :