

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 :