



NORD

AIDES FINANCIERES
« Certificat médical »

A ajouter au dossier

Sous plis au médecin de la commission

A ETABLIR OBLIGATOIREMENT PAR LE MEDECIN TRAITANT OU HOSPITALIER

Patient

Nom, Prénom.....

Adresse.....

Cancer/Hémopathie

LOCALISATION INITIALE		
Date de diagnostic(initial ou rechute)		
Stade (T ,N,M si adapté)		
Traitements en cours ou prévus : Préciser le ou les traitements : -Chirurgie (date) - Radiothérapie Chimiothérapie		
Surveillance simple : Préciser la date de fin de traitement.		

AUTRES AFFECTIONS INVALIDANTES

.....
.....
.....

NOM DU MEDECIN
DATE.....