

A joindre sous pli cacheté

CERTIFICAT MEDICAL

Certificat destiné au médecin de la commission d'aide financière : Docteur Bernadette PAILLER*

Je soussigné(e), **Docteur**

Certifie que **M.**.....

est atteint(e) d'une **pathologie cancéreuse**

Précisions : Organe Anapath classification TNM ou autres :

.....

Date de diagnostic :

☐ 1^{ère} prise en charge

☐ Récidive, date :

☐ Phase palliative

☐ Rémission depuis le :

Traitement en cours :

☐ OUI ☐ **Curatif** ☐ Chimiothérapie ☐ Radiothérapie ☐ Hormonothérapie

☐ Chirurgie ☐ Immunothérapie ☐ Thérapie ciblée

☐ Protocole expérimental de recherches

☐ **Palliatif**

☐ NON Date d'arrêt des traitements :

☐ Autres affections invalidantes :

.....

À le

Cachet

Signature

PS : ce certificat sera détruit dans un délai maximum de trois mois

* ou aux médecins référents du Comité 87

Ligue contre le Cancer - Comité de la Haute-Vienne

23, avenue des Bénédictins – 87000 LIMOGES

Tél. : 05.55.77.20.76. Fax : 05.55.77.19.57.

Assistante sociale : helene.pirame@ligue-cancer.net

Site Internet : www.ligue-cancer.net

M à J novembre 2018