

A joindre sous pli cacheté par courrier ou par mail uniquement sur le mail : [bernadette.pailler@ligue-cancer.net](mailto:bernadette.pailler@ligue-cancer.net)

## CERTIFICAT MEDICAL

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

Je soussigné(e), **Docteur** .....

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

Né(e) le : .....

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

Précisions : Organe Anapath classification TNM ou autres ..... :

.....

**Date de diagnostic** : .....

1<sup>ère</sup> 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