

Certificat médical

(À adresser à Mr le Médecin Conseil du Comité Départemental de la Ligue, sous pli confidentiel)

Nom du patient : _____ Prénom : _____

Date de naissance : _____

Merci de remplir le plus précisément possible ce document car il permet à la Commission de mieux cibler son aide

1) **Diagnostic Cancérologique Précis :** _____ T..... N..... M.....

2) **Date de la Première Constatation de la Maladie :**

3) **Traitements :**

↳ Chirurgie : oui non Dates _____

↳ Chimiothérapie : oui non Dates _____

↳ Radiothérapie : oui non Dates _____

Observations Eventuelles :

4) **Situation actuelle de la maladie :**

a) Rémission : oui non

b) Pathologie évolutive : oui non Si oui, précisez :

c) Avec Séquelles : oui non Lesquelles : _____

d) Autres Pathologies associées : oui non Lesquelles : _____

5) **Etat général actuel du patient (statut OMS) :**

Nom du Médecin Traitant et Cachet

Signature

Date