



SEINE-MARITIME

Aides sociales et financières

« Certificat médical »

A ajouter au dossier

Sous pli cacheté au médecin de la commission sociale

A ETABLIR OBLIGATOIREMENT PAR LE MEDECIN TRAITANT OU HOSPITALIER

Au bénéfice de :

M. / Mme NOM Prénom : _____

Adresse : _____

Cancer / Hémopathie

Localisation initiale / Diagnostic	
Date du diagnostic initial	
Stade (T, N, M si adapté)	
Traitement en cours ou prévus Préciser le ou les traitements : Chirurgie (date), Radiothérapie, Chimiothérapie, Hormonothérapie, Thérapie ciblée, immunothérapie...	
Surveillance simple : Préciser la date de fin de traitement	
Si rechute, date	
Stade (T, N, M si adapté)	
Traitement en cours ou prévus Préciser le ou les traitements : Chirurgie (date), Radiothérapie, Chimiothérapie, Hormonothérapie, Thérapie ciblée, immunothérapie...	
Surveillance simple : Préciser la date de fin de traitement	

Séquelles invalidantes : _____

Comorbidités associées : _____

NOM du médecin : _____

Etablissement : _____

Numéro de téléphone : _____ . _____ . _____ . _____ . _____

Date : ____ / ____ / _____

Signature et tampon :