



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.

Assistante sociale : coordinationsociale87@actc-cancerologie.fr

Site Internet : www.ligue-cancer.net