RESERVE AU MEDECIN CONSEIL

Favorable:
Prise en charge de radiothérapie:
MISE EN PLACE
Sans simulateur avec simulateur
DEROULEMENT DES SEANCES
Etalement – Fractionnement
 Classique (⟨3 G) Gy/séance séances /semaine Contractée (≥3 G) Gy/séance séances /semaine
Centre:
Défavorable :
Motifs :
Observations :
Date :/



AP8

DEMANDE DE PRISE EN CHARGE DE

RADIOTHERAPIE EXTERNE

Caisse d'affiliation	CNSS	CNRPS		صندوق الانخراط
ntifiant unique ou néro d'assuré social				ف الوحيد أو رقم سمون الاجتماعي
L'ASSURE SOCIAL			اعي	المضمون الاجتم
PRENOM:NOM:ADRESSE:				: :
TELEPHONE:				:
LE BENEFICIAIR	RE			المنتفع
L'ASSURE SOCIAL LE CONJOINT L'ENFANT*				*
L'ASCENDANT**	$= 2, 3^{\text{ème}} \text{ enfant} = 3 \dots \text{et}$	<u>ا</u> د خ	= 2، الثالث = 3!	** *الإبن الأول = 1، الثاني = ** = 1 = 2
** Le père = 1, la mère = 2 PRENOM:				

SIGANTURE DE L'ASSURE SOCIAL

RAPPORT MEDICAL CONFIDENTIEL

Je soussigné docteur :
Exerçant en tant que :
à
Code conventionnel
Après avoir examiné Mr (me) :
Identifiant unique ou numéro d'assuré social : Et avoir constaté le diagnostic
-
Et dont les caractéristiques sont les suivantes :
• Localisation :
Type histologique ou cytologique (si disponible):
• Classification :
• Etude anatomopathologique de la pièce opératoire (si disponible) :
Traitements déjà reçus.
Le médecin traitant, le
Ou le médecin radiothérapeute

Propose le traitement par radiothérapie suivant :
MISE EN PLACE
Sans simulateur
Avec simulateur
DEROULEMENT DES SEANCES
Etalement – Fractionnement
Classique (3 G) Gy/séance séances /semaine
☐ Contractée (≥3 G) Gy/séance séances /semaine
Centre:
le,le, Le médecin radiothérapeute

Prière coller ce rapport après l'avoir rempli.