

**A REMPLIR PAR LE MEDECIN TRAITANT**

**RENSEIGNEMENTS SUR LE MEDECIN PRESCRIPTEUR**

Si le médecin traitant exerce dans le secteur public :

*(la demande doit être approuvée par le Chef de service)*

Je soussigné docteur : .....

Spécialiste en: .....

Exerçant à l'hôpital (Institut) :.....en qualité de.....

Chef de service de: .....

Téléphone :

Fax :

Email : .....

*Co signature et cachet*

**du chef du service**

Si le médecin traitant exerce dans le secteur privé:

*(la demande doit être prescrite par deux médecins différents)*

Je soussigné docteur: .....

Spécialiste en: .....code conventionnel.....

Téléphone :

Fax :

Email : .....

*Atteste avoir examiné le malade .....  
et estime, après évaluation de l'état de santé du patient et prospection des  
moyens thérapeutiques existants en Tunisie dans le secteur public et privé, que  
les soins indiqués ne sont pas réalisables en Tunisie et juge nécessaire son  
transfert à l'étranger.*

**RENSEIGNEMENTS SUR LA PATHOLOGIE (CONFIDENTIELS)**

**1- Certifie avoir établi avec certitude le diagnostic suivant :**

.....  
.....  
.....

**Données cliniques et paracliniques :**

**Joindre les copies des explorations effectuées**

.....  
.....  
.....

**2- Affirme que la seule thérapeutique indiquée pour ce patient est la suivante :**

.....  
.....

**3- Affirme qu'elle est indisponible en Tunisie :**

- Dans les structures sanitaires publiques relevant du ministère de la santé
- Dans les établissements sanitaires privés

**4- Propose son envoi à l'étranger pour les soins suivants :**

.....  
.....  
.....

**Date :** .....

*Signature et cachet*

**du médecin prescripteur**

*N.B : Les travaux de la commission nationale technique des soins à l'étranger se déroulent d'une façon hebdomadaire.*

**RENSEIGNEMENTS SUR L'ETABLISSEMENT SANITAIRE D'ACCUEIL A L'ETRANGER**

- 1°) Pays : .....
- 2°) Centre hospitalier de destination : .....
- Centre conventionné avec la CNAM\*
- Oui .....
- Non (Justifiez ce choix dans le cas où le traitement demandé est disponible dans un centre conventionné avec la CNAM)
- .....
- .....
- Connaissance du cadre juridique dans le pays hôte relatif à la faisabilité des soins indiqués aux non résidents
- 3°)  Secteur public  Secteur privé
- 4°) Service .....
- 5°) *Identité du contact administratif :*
- Mr/Mme .....
- Téléphone .....
- Email .....
- 6°) *Identité du contact médical :*
- Dr .....
- Téléphone .....
- Email .....
- 7°) Durée probable de séjour :  jours
- 8°) Période maximale de prolongation éventuelle :  jours

\* - Pour les soins cardiovasculaires pédiatriques, nous disposons de centres conventionnés  
- Pour la liste des centres de soins à l'étranger conventionnés avec la CNAM veuillez consulter le site : [www.cnam.nat.tn](http://www.cnam.nat.tn)

**9°) Avis médical de l'équipe soignante étrangère**

Fournir obligatoirement une copie de l'avis de l'équipe soignante étrangère

.....  
.....  
.....  
.....

**10°) Date prévue du rendez-vous pour les soins :**

--	--	--	--	--	--	--	--

Joindre une copie du rendez-vous

**11°) Devis estimatif de l'acte motif de départ :.....**

Joindre une copie du devis

**12°)** En cas de transfert pour une greffe de moelle osseuse à partir d'un donneur sur fichier international ; il est obligatoire de joindre la réponse favorable de l'équipe étrangère soignante et éventuellement le résultat du coup de sonde

**13°)** En cas de greffe hépatique par donneur vivant, il est obligatoire de fournir le bilan complet du donneur.

*Déclare, après avoir été informé sur les possibilités actuellement existantes au niveau de la structure sanitaire d'accueil étrangère, que les soins indiqués peuvent y être effectués en toute sécurité.*

*Signature et cachet*

du médecin prescripteur

