

SECRETARIAT DE LA COMMISSION MEDICALE NATIONALE

FICHE DE RENSEIGNEMENT DU PATIENT ET DU MEDECIN TRAITANT

Nom & Prénom du Malade :

Date de naissance :

Profession :

Adresse :

N° Tél : Fixe Portable

Nom et Prénom de l'Assuré : N° D'immatriculation :

Caisse d'Affiliation de l'assuré social : CNAS / CASNOS/DEMUNI

Lien avec le Malade : Conjoint Enfant Ascendant

Prénom du père (si le Malade Mineur) :

Nom et Prénom de la Mère (si le Malade Mineur) :

N° Tél du Père et de la Mère du malade :

Nom du Professeur/ Médecin Traitant : Spécialité.....

Chef de Service de :

Adresse Professionnel :

N° tél: Fixe Portable.....

Email : FAX :

❖ Dossier initial oui Non

❖ Diagnostic et Code de l'Affection et Raison médicale justifiant la demande de placement :

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

➤ Assistante sociale :

- Nom & prénom : N° Tél :

Email : FAX :

Fait à Le

Le Médecin Traitant

Nb : Joindre obligatoirement une copie du passeport du malade et de l'accompagnateur selon cas de figure.