

Déclaration de prolongation en vue de l'obtention des soins palliatifs

Volet médical

Données concernant la personne soignée:

Nom marital: _____

Nom de jeune fille: _____

Prénom(s): _____

Matricule de sécurité sociale: _____

Je soussigné médecin certifie que les conditions de la déclaration initiale formulée en vue de l'obtention des soins palliatifs sont toujours remplies.

Une prolongation du droit s'avère nécessaire pour les motifs suivants:

Je suis informé que le présent constat, à valider par le Contrôle médical de la sécurité sociale, comporte pour la personne soignée la prise en charge des soins palliatifs spécifiques conformément aux dispositions du Code de la sécurité sociale et des instruments juridiques qui en découlent pour une période de prolongation de 35 jours à compter de l'expiration du droit en cours.

Médecin demandeur:	Nom:	
	Adresse:	
	Code médecin:	
	Date:	
	Cachet et signature:	