** CERTIFICAT MEDICAL TYPE A REMETTRE SOUS PLI CACHETE**

**DESTINE AU MEDECIN DE LA COMMISSION SOCIALE DU COMITE DE SAVOIE**

**DE LA LIGUE CONTRE LE CANCER**

(Document détruit après la Commission Sociale)

**La Ligue contre le cancer de Savoie peut aider votre patient(e) savoyard(e). Merci d’aider la Ligue contre le cancer en remplissant au mieux ce document.**

Je soussigné(e) Docteur :Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

Atteste que Madame/Monsieur (Prénom / Nom) : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

Né(e) le :Cliquez ou appuyez ici pour entrer une date.

Est suivi(e) pour (précisez le type de cancer) :Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

[ ] Localisé [ ]  Métastatique

 **Date du diagnostic :**Cliquez ou appuyez ici pour entrer une date.

**Modalités de traitement :**

* **Chirurgie :**

[ ]  Oui, date : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.Type : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

[ ]  Non

* **Chimiothérapie :**

[ ]  Oui => [ ]  En cours [ ]  Terminée

[ ]  Non

* **Radiothérapie :**

[ ]  Oui => [ ]  En cours [ ]  Terminée

[ ]  Non

* **Autres traitements, précisez :**Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

**Patient(e)s sous surveillance post-thérapeutique :**

[ ]  Oui [ ]  Non

**Retentissements de la maladie sur la vie personnelle, familiale, professionnelle et/ou sociale :**

Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

**Certificat établi le**Cliquez ou appuyez ici pour entrer une date.

**Signature et cachet**