

**STRICTEMENT
CONFIDENTIEL**

DEMANDE DE FORFAIT DE SURVEILLANCE EN SECTEUR MEDICAL
CERTIFICAT MEDICAL DESTINE AU MEDECIN CONSEIL DE LA CAVIMAC
(à remplir par le médecin traitant)

DIAGNOSTIC

Affections actuelles motivant la demande de prise en charge :

.....
.....

Situation clinique actuelle :

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



Joindre obligatoirement les conclusions médicales :

- si examens paracliniques et ou consultations spécialisées
- si hospitalisation médecine et chirurgie

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

Antécédents :

.....
.....

Thérapeutique médicale actuelle :

.....
.....

Objectifs escomptés de la demande de prise en charge :

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

Soins infirmiers techniques requis :

.....
.....

GRILLE DE DEPENDANCE



Joindre obligatoirement la grille AGGIR une fois par an (à remplir par le médecin traitant).

Le
.....

Signature et cachet
du médecin traitant

Cadre réservé au Service du Contrôle Médical de la CAVIMAC

ACCORD

REFUS

INSTANCE

Date :

Remarque :

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