

Service du contrôle médical

Pôle CPR2A

Imprimés accessibles sur notre site

www.cavimac.fr

Pour tout renseignement, contacter le
pôle CPR2A :

cpr2a@cavimac.fr

FSI-001

**DEMANDE DE PRISE EN CHARGE
DES SOINS INFIRMIERS
-
SECTEUR MÉDICAL**



Identification de l'assuré

Nom : _____ Prénoms : _____

Numéro National d'identification :

Date de naissance :

Adresse : _____

Code postal : Ville : _____ N° Collectivité :

Identification de la structure de vie effectuant les soins infirmiers (à remplir par le responsable de la structure de vie)

Nom : _____

Adresse : _____

Code postal : Ville : _____

N° Code :

Téléphone :

E-mail : _____ @ _____

Prise en charge

Prise en charge initiale demandée le : à dater du :

Prolongation de prise en charge durée proposée : jours à dater du :

Demande de forfait de surveillance en secteur médical (à remplir par le médecin traitant)

Affections actuelles motivant la demande de prise en charge : _____

Situation clinique actuelle ⁽¹⁾ : _____

Antécédents : _____

Thérapeutique médicale actuelle : _____

Objectifs escomptés de la demande de prise en charge : _____

Soins infirmiers techniques : _____

Le :

Signature et cachet du médecin traitant

⁽¹⁾ Joindre obligatoirement les conclusions médicales :

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

* joindre obligatoirement la grille AGGIR une fois par an (à remplir par le médecin traitant)

Cadre réservé au service du contrôle médical

☐ Accord _____ ☐ Refus _____ ☐ Instance _____

Date :

Remarque : _____