

**FEUILLE D'HONORAIRES  
INFIRMIER(E) DU DOMICILE**

L'infirmier(e) :

Madame, Monsieur,

NOM : ..... Prénom : .....

Tel : ..... N° : 44 6 / \_ / \_ / \_ / \_ / \_ / \_ / \_ /

IDENTIFIANT SIRET N° .....

**VISITE DE PRISE EN CHARGE DE LA CHIMIOTHÉRAPIE A DOMICILE**

**Le :**

**Pour** (le patient) :

Madame, Monsieur,

NOM : ..... Prénom : .....

Adresse : .....

.....

Signature et cachet

**A RETOURNER PAR FAX OU PAR COURRIER A L'ADRESSE CI-DESSOUS**

Réseau territorial de Cancérologie de Nantes – site Nantes-Atlantique  
Service chimiothérapie à domicile

Centre René Gauducheau – Boulevard Jacques Monod  
44800 SAINT HERBLAIN – Tel : / fax : 02.40.67.99.20