

**CHIMIOTHÉRAPIE À DOMICILE
GESTION DES MESURES DÉROGATOIRES**

**FEUILLE D'HONORAIRES
MÉDECIN GÉNÉRALISTE**

Le Docteur :

Madame, Monsieur,

NOM : Prénom :

Tel : N° : 44 1 / _ / _ / _ / _ / _ / _ / _ /

PRISE EN CHARGE DE LA RECONDUCTION DE CHIMIOTHÉRAPIE A DOMICILE

Pour (le patient) :

Madame, Monsieur,

NOM : Prénom :

Adresse :

.....

À le :

Signature et cachet

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