

RESERVE AU MEDECIN CONSEIL

Favorable : Prise en charge de radiothérapie :

RT au Cobalt 60

- RCB020000 Préparation du traitement et suivi médical du patient
- RCB040001 < 3 Gy/séance S/semaine. Nb total de séances
- RCB040002 ≥ 3 Gy/séance S/semaine. Nb total de séances
- RCB030000 Avec usage de simulateur

RT Conformationnelle 3D

- RCB020210 Préparation du traitement et suivi médical du patient
- RCB040211 < 2,2 Gy/séance S/semaine. Nb total de séances
- RCB040212 ≥ 2,2 Gy/séance S/semaine. Nb total de séances

RT avec modulation d'intensité

- RCB020220 Préparation du traitement et suivi médical du patient
- RCB040221 < 2,2 Gy/séance S/semaine. Nb total de séances
- RCB040222 ≥ 2,2 Gy/séance S/semaine. Nb total de séances

Stéréotaxie Intra crânienne

- RCB020230 Préparation du traitement et suivi médical du patient
- RCB040231 S/semaine. Nb total de séances

Stéréotaxie Extra crânienne

- RCB020240 Préparation du traitement et suivi médical du patient
- RCB040241 S/semaine. Nb total de séances

Date prévue de début du traitement : ____/____/____

Etablissement de soins :

Défavorable :

Motifs :

Observations :

Date :/...../.....



الصندوق الوطني للتأمين على المرضى
Caisse Nationale d'Assurance Maladie

AP8

DEMANDE DE PRISE EN CHARGE DE
RADIOTHERAPIE EXTERNE

مطلب لتحمل مصاريف
علاج بالأشعة

A REMPLIR PAR L'ASSURE SOCIAL

يعمل من طرف المضمون الاجتماعي

Caisse d'affiliation

CNSS

CNRPS

صندوق الانخراط

Identifiant unique ou
Numéro d'assuré social

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

المعرف الوحيد أو رقم
المضمون الاجتماعي

L'ASSURE SOCIAL

المضمون الاجتماعي

PRENOM : الاسم :

NOM : اللقب :

ADRESSE : العنوان :

.....

.....

TELEPHONE : : الهاتف :

LE BENEFICIAIRE

المنتفع

L'ASSURE SOCIAL

المضمون الاجتماعي

LE CONJOINT

القرين

L'ENFANT*

الإبن*

L'ASCENDANT**

الأب أو الأم**

* Le 1^{er} Enfant = 1, 2^{ème} enfant = 2, 3^{ème} enfant = 3 ...etc

* الإبن الأول = 1، الثاني = 2، الثالث = 3... الخ

** Le père = 1, la mère = 2

** الأب = 1، الأم = 2

PRENOM : الاسم :

NOM : اللقب :

DATE DE NAISSANCE

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

تاريخ الولادة:

SIGNATURE DE L'ASSURE SOCIAL إمضاء المضمون الاجتماعي

RAPPORT MEDICAL CONFIDENTIEL

Je soussigné docteur :

Exerçant en tant que :

à

Code conventionnel

Après avoir examiné Mr (me) :.....

Identifiant unique ou numéro d'assuré social :

Et avoir constaté le diagnostic

Et dont les caractéristiques sont les suivantes :

• Localisation :

• Type histologique ou cytologique (si disponible) :

.....

.....

• Classification :

• Etude anatomopathologique de la pièce opératoire (si disponible) :

.....

.....

.....

.....

Traitements déjà reçus.....

.....

.....

.....

Le médecin traitant le.....

Ou le médecin radiothérapeute

Propose le traitement par radiothérapie suivant :

Initial

Prolongation

RT au Cobalt 60

< 3 Gy/séance ; séances /semaine. Nb total de séances

≥ 3 Gy/séance ; séances /semaine. Nb total de séances

Avec usage de simulateur

RT Conformationnelle 3D

RT avec modulation d'intensité

< 2,2 Gy/séance ; séances /semaine. Nb total de séances

≥ 2,2 Gy/séance ; séances /semaine. Nb total de séances

Stéréotaxie intra crânienne

Stéréotaxie extra crânienne

séances /semaine

Nb total de séances

Date prévue de début du traitement : ___/___/___

Etablissement de soins :.....

.....le.....

Le médecin radiothérapeute

Code conventionnel :

Cachet et signature

.....

Prière coller ce rapport après l'avoir rempli.