



## Attestation médicale: assistance d'une autre personne

- à compléter par le médecin -

< Attention : l'introduction de cette attestation exige que les formulaires AFA 01 F et AFA 02 F aient déjà été complétés.

### 1. Identité du patient

Numéro de registre national	<input type="text"/>	< voir le verso de la carte d'identité
Nom	<input type="text"/>	< pour les femmes Nom de jeune fille
Prénom	<input type="text"/>	< prénom officiel
Date de naissance	<input type="text"/>	< jour/mois/année

### 2. Renseignements médicaux

→ Le patient, peut-il sans l'assistance d'une autre personne

	Oui	Non		Oui	Non
Se déplacer à l'extérieur ?	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Se laver entièrement ?	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Se déplacer à l'intérieur ?	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Se laver le torse ?	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Préparer un repas ?	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Utiliser les toilettes ?	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Prendre un repas ?	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Rester la journée entière sans surveillance ?	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Entretenir son habitation ?	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Rester sans surveillance pendant quatre heures ?	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Le patient est-il	<input type="checkbox"/> grabataire <input type="checkbox"/> dépendant d'une chaise roulante <input type="checkbox"/> dépendant d'une oxygénothérapie
L'assistance d'une autre personne est-elle également nécessaire en raison d'une autre affection?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Si oui, laquelle?
Le patient a-t-il été hospitalisé au cours des 12 derniers mois ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Si oui, joignez les rapports d'hospitalisation
Le besoin d'assistance est-il permanent ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Si non, jusqu'à quand cette assistance est-elle nécessaire? __ / __ / __

### 3. Identité du médecin

Nom	<input type="text"/>	Cachet
Adresse	<input type="text"/>	
Téléphone	<input type="text"/>	
Fax	<input type="text"/>	
E-mail	<input type="text"/>	

J'affirme avoir complété cette attestation de manière sincère et complète. Je suis disposé à fournir des données supplémentaires aux médecins du Fonds amiante.

Date: \_\_ / \_\_ / \_\_

Signature: .....