

FORMULAIRE DE DEROGATION A LA REGLE DU PROFESSIONNEL DE SANTE LE PLUS PROCHE
à remplir par l'infirmier prenant en charge les soins

Coordonnées des infirmiers concernés :

Cabinet proche :

Prenant :

Nom : _____

Nom : _____

Prénom : _____

Prénom : _____

Lieu d'exercice de référence : _____

Lieu d'exercice de référence : _____

N° AM : _____

N° AM : _____

Motif :

Infirmier cédant surchargé

Congés

Maladie/maternité

Autre cas, préciser : _____

Type de dérogation :

Individuelle, préciser les coordonnées du patient concerné :

Patient :

Assuré si différent :

Nom : _____

Nom : _____

Prénom : _____

Prénom : _____

Adresse : _____

Adresse : _____

N° sécurité sociale : _____

N° sécurité sociale : _____

Autre, préciser : _____

Durée de la prescription: _____ **dont date de fin prescription :** _____

Eventuellement date prévue de fin de prise en charge : _____

Date : _____ **Fait à :** _____

Signature :

Adresse électronique d'envoi du formulaire : rps@cgss.re