AFA 04 F

Fonds amiante

Géré par Fedris

Avenue de l'Astronomie 1 – 1210 Bruxelles

(numéro de dossier AFA)

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 |__|__|__|__|__|__|- __|__|__ - __|__| < *voir le verso de la carte d'identité*

Nom |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__| < *pour les femmes Nom de jeune fille*

Prénom |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__| < *prénom officiel*

Date de naissance |__|__ /__|__ /__|__|__|__| < *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 ?	O	O	Se laver entièrement ?	O	O
Se déplacer à l'intérieur ?	O	O	Se laver le torse ?	O	O
Préparer un repas ?	O	O	Utiliser les toilettes ?	O	O
Prendre un repas ?	O	O	Rester la journée entière sans surveillance ?	O	O
Entretenir son habitation ?	O	O	Rester sans surveillance pendant quatre heures ?	O	O

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

3. Identité du médecin

Nom		Cachet
Adresse		
Téléphone		
Fax		
E-mail		

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: .....