



PRESCRIPTION MÉDICALE D'ÉCONOMIE FAMILIALE

FORMULAIRE À RENVOYER AU RÉSEAU SANTÉ ET SOCIAL DE LA VEVEYSE, RTE DES MISETS 3, 1618 CHÂTEL-ST-DENIS

Patient : (Nom, prénom, adresse) Date de naissance : Tél. :	Médecin (Nom/prénom/adresse) Tél. :
--	---

Si le patient est au bénéfice d'une assurance maladie complémentaire, il s'informerait auprès de sa caisse maladie sur les modalités de remboursement.

Motif d'intervention : maladie accident maternité prévention

X	Type d'intervention	Commentaire
	Evaluation de la situation par un/e infirmier/ère	
	Travaux d'économie familiale	
	Encadrement social et soutien	

Le mandat est valable à partir du pour 3 mois 6 mois

Date :

Sceau, signature du médecin

N° de concordat :

Date :

Sceau, signature du
Réseau Santé et Social Veveyse
N° de concordat : G7566-10