

**CHANGEMENT
DE MEDECIN REFERENT**

PAPEETE LE :

Identification du patient		N° DN :
NOMpatronymique :		Nom marital :
Prénom :		Né(e) le :
Adresse domicile :		Tel :
Adresse courrier :		
Identification de l'ancien médecin coordonnateur ou correspondant		
▶ Généraliste ▶ Spécialiste		
Identification du nouveau médecin coordonnateur ou correspondant		
▶ Généraliste ▶ Spécialiste		
<p>ENGAGEMENT:</p> <p><i>Le médecin coordonnateur et le patient s'engagent à respecter les dispositions du protocole de soins:</i></p>		
Signature du patient		Signature et cachet du médecin

CADRE RESERVE AU SERVICE MEDICAL DE LA C.P.S.