

## PROTOCOLE DE SOINS

**Volet 1**  
Service  
médical  
CPS

☐ **Demande de mise en longue maladie**

- **Prolongation** de mise en longue maladie

### ☐ Changement de protocole de soins

## IDENTIFICATION DU PATIENT

DN : 

--	--	--	--	--	--	--

NOM Patronymique : .....

NOM marital : ..... Prénom : ..... Né(e) le : .....

Adresse géographique : ..... Tél. : .....

Adresse courrier : .....

## INFORMATION CONCERNANT LA MALADIE

1 - Code diagnostic(s) de l'(des) affections(s) motivant la demande

Date(s) présumée(s) de début

## 2 - Renseignements cliniques

**Poids :****Taille :**

### 3 - Résultats des examens complémentaires significatifs

#### 4 - Projet thérapeutique détaillé : médicaments-autres soins, y compris paramédical

### 5 - Durée prévisible

- des soins

- de l'arrêt de travail

**6 - Suivi envisagé : nature et périodicité des consultations et des soins**

**ENGAGEMENT** : Le médecin coordonnateur et le patient attestent avoir pris connaissance du protocole de soins

## Médecin

**Date nom et cachet du médecin**

Date et signature du patient  
ou du représentant légal

☐ coordonnateur

□ demandeur

□ spécialiste

(autre que coordonnateur)

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

□ *Avis favorable*

*Code CIM 10 :*

 $du$ 

*au*

 *Avis défavorable*

*Code CIM 10 :*

*Motif :*

□ *Observations :*

□ *En instance*

*Carnet expédié le :*

*Date et signature du médecin conseil*



Caisse de Prévoyance Sociale  
de la Polynésie Française  
B.P. 1 - Papeete - Tahiti

SERVICE CONTROLE MEDICAL  
Tél : 41 68 20 - Fax : 45 01 34

## PROTOCOLE DE SOINS

Volet 2  
pour le  
médecin  
coordonnateur

☐ Demande de mise en longue maladie

☐ Prolongation de mise en longue maladie

☐ Changement de protocole de soins

### IDENTIFICATION DU PATIENT

DN :

NOM Patronymique : .....

NOM marital : ..... Prénom : ..... Né(e) le : .....

Adresse géographique : ..... Tél. : .....

Adresse courrier : .....

### INFORMATION CONCERNANT LA MALADIE

1 - Code diagnostic(s) de l'(des) affections(s) motivant la demande

Date(s) présumée(s) de début

2 - Renseignements cliniques

Poids :

Taille :

3 - Résultats des examens complémentaires significatifs

4 - Projet thérapeutique détaillé : médicaments-autres soins, y compris paramédical

5 - Durée prévisible • des soins • de l'arrêt de travail

6 - Suivi envisagé : nature et périodicité des consultations et des soins

**ENGAGEMENT : Le médecin coordonnateur et le patient attestent avoir pris connaissance du protocole de soins**

Médecin Date nom et cachet du médecin

☐ coordonnateur

☐ demandeur  
(autre que coordonnateur)

☐ spécialiste

Date et signature du patient  
ou du représentant légal

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

☐ Avis favorable

Code CIM 10 :

du

au

☐ Avis défavorable

Code CIM 10 :

Motif :

☐ En instance

☐ Observations :

Carnet expédié le :

Date et signature du médecin conseil