

# EXONERATION DU TICKET MODERATEUR

## FEUILLET D'EXAMEN SPECIAL - INITIAL

ASSURE SOCIAL	BENEFICIAIRE
↳ MATRICULE : NOM : Né(e) le :	↳ NOM : LF : né(e) le :

**AFFECTION PRINCIPALE :**  
(arguments cliniques  
et résultats complémentaires significatifs)

**DATE DE DEBUT DE LA PATHOLOGIE :**

**AUTRES AFFECTIONS :**

### SCHEMA THERAPEUTIQUE INITIAL :

- CHIRURGIE
- RADIOTHERAPIE
- CHIMIOOTHERAPIE  
PROTOCOLE

DUREE PREVUE :  
RHYTHME DE SEANCES :

AUTRE TRAITEMENT :

### MODALITES DE SURVEILLANCE

(périodicité et nature des examens complémentaires envisagés)

**DATE :**

**SIGNATURE :**

**CACHET :**